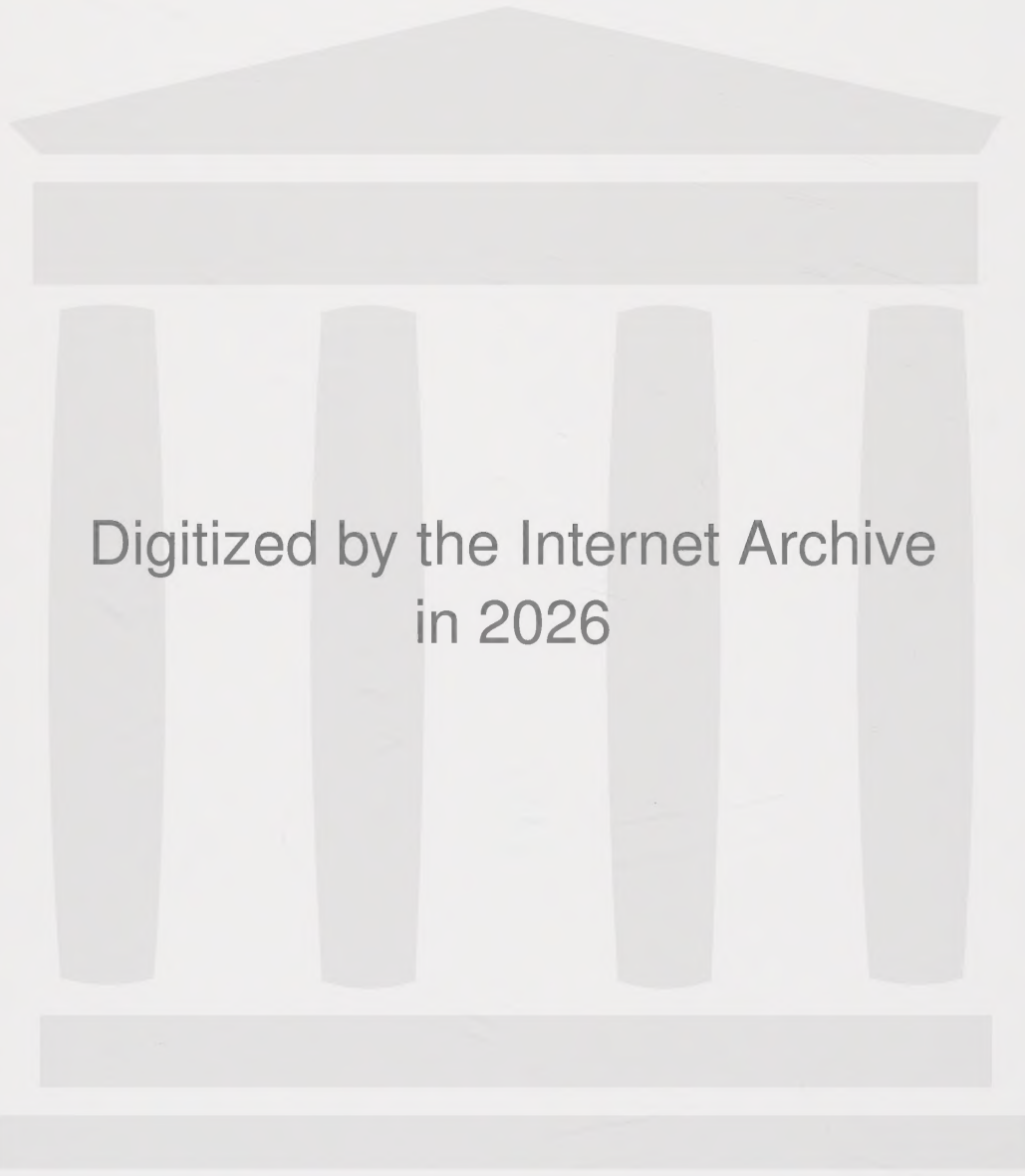


PSYCHOLOGISCHE ASPEKTE DER SITUATION UND REHABILITATION VON HIRNSCHLAGPATIENTEN

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät I
der
Universität Zürich

vorgelegt von
Alexander Liatowitsch
von Basel

Angenommen auf Antrag von Herrn Prof. Dr. D. von Uslar



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41507210_0103

VORWORT

Seit dem Frühjahr 1977 arbeite ich als Psychologe an der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation am Stadtspital Triemli in Zürich. - Dem Chefarzt dieser Klinik, Herrn Professor Dr. Duri Gross, möchte ich danken, dass er mir die Möglichkeit gab, die dieser Arbeit zugrundeliegenden Beobachtungen machen zu können.

Frau Dr. Helga Siegrist, Oberärztin an der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation am Stadtspital Triemli in Zürich, hat mit ihrem Fachwissen und mit vielen Ideen meine Arbeit mit den Hirn-schlagpatienten wesentlich mitgestaltet. Ihr gilt deshalb ein besonderer Dank.

Der Betreuer dieser Arbeit, Herr Professor Dr. Detlev von Uslar, hat im Verlauf der Entstehung dieser Arbeit durch manchen Hinweis weitergeholfen. Ich möchte ihm für seine Unterstützung herzlich danken.



INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Inhaltsverzeichnis	2
Einführung	4
TEIL I: DIE SITUATION	
DER ASPEKT DER WELTLICHKEIT	7
1. Ein Welt-Untergang	7
2. Der Umschlag von einer Welt in eine andere	9
3. Das veränderte Welt-bild	12
4. Der Verlust des räumlichen Aspektes der Welt	15
DER APSEKT DER LEIBLICHKEIT	19
1. Die Lähmung	19
2. Die Halbseitigkeit	28
3. Der Verlust der aufrechten Haltung	32
4. Der Verlust des Gehvermögens	35
5. Die ästhetische Komponente	40
6. Die veränderte Sexualität	44
DER ASPEKT DER BEGEGNUNG	47
1. Begegnungs-hemmende Krankheitsfolgen	48
a. Die Sprachlosigkeit	48
b. Die reduzierte Intelligenzfunktion	51
c. Die reduzierte Wahrnehmung	54
d. Die Depression	56
e. Die Egozentrik	58
2. Veränderte Begegnungs-Bereiche	59
a. Veränderungen in der Familie	59
b. Veränderungen im Arbeitsbereich	64
c. Veränderungen im Freundeskreis	67
DER ASPEKT DER ZEITLICHKEIT	69
1. Die Vergangenheit	71
2. Die Gegenwart	76
3. Die Zukunft	80

TEIL II: DIE REHABILITATION

1. EINFUEHRUNG	83
2. DER NEUROPSYCHOLOGISCHE ASPEKT	86
a. Die testpsychologische Abklärung	87
b. Das Hirnfunktionstraining	90
3. DER TIEFENPSYCHOLOGISCHE ASPEKT	95
a. Das stützende Gespräch	97
b. Die Psychotherapie	101
c. Die Gruppe für Angehörige von Hirnschlag- patienten	110
Literaturverzeichnis	120

EINFUEHRUNG

Für den Psychologen, welcher therapeutisch interessiert ist, gelten, wenn er an einen Menschen herangeht, zwei Schritte der psychologischen Ueberlegung.

Erst einmal muss er versuchen, sein Gegenüber zu verstehen.

Er muss versuchen, sich in den anderen hineinversetzen zu können. Dieses Verstehen, dieses Sich-Versetzen dient dem Ziel, die psychische Situation, in der sich dieser Mensch befindet, kennenzulernen.

Nur wenn der Psychologe diesen ersten Schritt vollbracht hat, erst wenn er sich mit der Situation des Gegenüberstehenden auseinandersetzt, kann er an den nächsten Schritt seiner psychologischen Arbeit denken: Wie kann ich diesem Menschen, der sich in dieser Situation befindet, helfen? Wie soll die seiner psychischen Situation entsprechende Rehabilitation aussehen?

Wenn ich nun als Psychologe an Menschen herangehe, welche von einem Hirnschlag befallen wurden, so gilt es auch zuerst einmal, ihre Situation zu verstehen, um mir dann Gedanken über die mögliche Rehabilitation machen zu können. Hier liegt der Grund für die Zweiteilung dieser Arbeit.

Im ersten Teil werde ich versuchen, die Situation des Hirnschlagpatienten zu schildern. Ich verwende bewusst das Wort "versuchen". Da ich nämlich das Glück habe, an keiner Hirnkrankheit zu leiden, kann die Darstellung einer solchen Situation immer nur einen Versuch bilden, einen Versuch, diese Situation zu verstehen.

Eine Situation kann man immer unter den vier Aspekten betrachten, welche das psychische Sein ausmachen:

Weltlichkeit, Leiblichkeit, Begegnung und Zeitlichkeit (Von Uslar 1972). Diese vier Aspekte der Psyche vereinigen sich im Phänomen der Situation:

Eine Situation bedeutet immer eine bestimmte Lage in der Welt, eine bestimmte Art des In-der-Welt-Seins.

Eine Situation wird aber immer auch bestimmt durch unsere Leiblichkeit. In einer Situation zeigt sich das Zusammenspiel und die Einheit von Seele und Körper.

Eine Situation kann nie nur in einem individuellen Licht gesehen werden. Sie zeigt immer auch die Lage eines Miteinanderseins. Insofern beinhaltet eine Situation immer auch den Aspekt der Begegnung.

Die Situation ist weltlich, leiblich, gemeinsam, sie ist aber auch zeitlich. Sie hat ihre Wurzeln in der Vergangenheit, wird gelebt in der Gegenwart und beinhaltet immer auch Zukunft.

Ich werde deshalb im ersten Teil der Arbeit den Versuch unternehmen, die Situation des Hirnschlagpatienten unter diesen vier Aspekten zu durchleuchten.

Der zweite Teil der Arbeit behandelt die Rehabilitation des Hirnschlagpatienten. Ich werde dort konkrete psychologische Massnahmen erläutern, welche eine Hilfe bei der Wiederherstellung von Hirnschlagpatienten darstellen.

Rehabilitation meint nicht nur Wiederherstellung, sondern auch Wiedereingliederung. Um einen Hirnschlagpatienten in seine frühere Umgebung wiedereingliedern zu können, braucht es aber gewisse Voraussetzungen: medizinische, soziale und psychische. Ich werde deshalb nur über Hirnschlagpatienten schreiben, welche gewisse Chancen auf eine medizinische, soziale und psychische Rehabilitation besitzen. Ich werde also nicht von Patienten schreiben, welche gleich nach dem Schlaganfall sterben oder als Folge des Hirnschlags sehr schwer erkrankt sind. Auch sehr alte oder psychisch massiv gestörte Hirnschlagpatienten werden unberücksichtigt bleiben. Solche Patienten haben nur eine geringe Chance auf eine Rehabilitation. - Noch eine weitere Gruppe von Hirnschlagpatienten wird unberücksichtigt bleiben: diese Patienten, welche nur einen ganzleichten Hirnschlag ohne grössere Folgen erlitten. Sie brauchen die Hilfe des Psychologen nicht.

Trotz der vielen Einschränkungen bleibt aber eine grosse Gruppe von Hirnschlagpatienten, mit welcher es sich lohnt, aktiv auf eine Rehabilitation hinzuarbeiten. Ueber diese Gruppe von Patienten möchte ich schreiben.

Hier möchte ich noch eine Anmerkung anbringen, welche sich vor allem an Leser richtet, denen die Hirnschlag-Erkrankung fremd ist. Im Verlauf dieser Arbeit werde ich sehr viele Symptome streifen, welche ein Hirnschlag auslösen kann. Dadurch könnte der Eindruck entstehen, ein Hirnschlagpatient leide unter all diesen Symptomen.

Dies trifft nicht zu. Meistens steht eine Kombination von zwei bis drei Symptomen im Vordergrund, während die restlichen physischen und psychischen Funktionen gut oder zumindest relativ gut erhalten sind.

Diese Kenntnis ist wichtig, damit sich der Leser diese Krankheit nicht als eine Ansammlung zahlloser erschreckender Symptome vorstellt.

TEIL I: DIE SITUATION

TEIL I: DIE SITUATION

DER ASPEKT DER WELTLICHKEIT

1. Ein Welt-Untergang

Der Mensch lebt in seiner Welt. Diese Welt war schon immer Horizont seines Seins. Ob er sie liebte oder hasste, diese Welt wurde ein Teil seiner selbst. Mit den Jahren der Erfahrung hat sich ein Weltbild entwickelt, eine bestimmte Art und Weise, wie sich dieser Mensch auf der Welt verhält und wie andererseits sich die Welt in seinem psychischen Dasein widerspiegelt.

Der Mensch, welcher in dieser seiner Welt lebt, empfindet dieses In-der-Welt-Sein meistens als selbstverständlich. Er staunt selten über die Tatsache und die Weise, auf der Welt zu sein. Sein Dasein ist stark von Gewohnheit geprägt. Er zweifelt selten an seinem Weltbild, ist sich über dessen Eigenheit und Begrenztheit meistens nicht bewusst. Die Bühne, auf der sich sein Leben abspielt, zeichnet sich durch eine gewohnte Ordnung aus. Die Kulissen haben einen bestimmten Charakter und sie stehen an einem bestimmten Ort. Selten wird mit dem Gedanken gespielt, dass diese Bühne auch anders aussehen könnte.

Plötzlich wird ein Mensch von dieser seiner Bühne gestossen. Er spürt eine Gewalt, die ihn zu Boden reißt. Gleichzeitig wird er aus seiner Welt gerissen. Es ist eine Welt, welche zusammenbricht, während er selbst zusammenbricht. In diesem Moment geht eine Welt unter.

Noch begreift dieser Mensch nicht, was mit ihm geschieht, vielleicht wird er es nie begreifen. Ein Geschehen nicht begreifen zu können, erfüllt den Menschen mit einem Gefühl der Unsicherheit. Das Gerüst seiner inneren Welt, welches das Denken bildet, fällt für ein paar Sekunden, vielleicht für immer, zusammen. Dadurch entsteht ein angstvolles Staunen, ein Gefühl der Unbeholfenheit. Der Mensch, welcher sich vom Tier durch seine Fähigkeit zu denken unterscheidet, wird in

diesem Augenblick zu einem denkunfähigen Lebewesen. Gleich einem Tier, welches von einer Kugel getroffen wurde, wird er von einem Geschehen überfallen, das er nicht erfassen kann. Mittels seines Denkvermögens und seiner körperlichen Kraft war er seiner Welt mächtig. Jetzt, da ihn seine intellektuellen und körperlichen Kräfte verlassen haben, ist er seiner Welt ohnmächtig. Er ist einer stärkeren Macht ausgeliefert und muss sich passiv unterwerfen. Der Mensch, welcher sonst Meister über seine eigene Welt ist, spürt in diesem Moment, wie schwach er ist, wie gering seine eigenen Kräfte sind. Gleich einer Marionette, die von einer Hand geführt wurde und plötzlich losgelassen wird, fällt er zusammen. In diesem Moment spürt der Mensch eine höhere Macht über sich und es erstaunt nicht, dass in früheren Zeiten diese Krankheit ein "Gottesschlag" genannt wurde. Es ist, als ob Gott zugeschlagen hätte. In diesem Ausdruck erkennen wir auch, wie fremd dieses Gefühl während eines Schlaganfalls sein muss. Nur ihm sehr unbekannte und unheimliche Vorgänge schreibt der Mensch der Macht Gottes zu. Wie er in einem Gewitter die Macht Gottes oder die Macht der Natur erkennen glaubt, so fühlt er auch während des Schlaganfalls solche Kräfte. Hirnschlagpatienten beschreiben das Gefühl des Schlages tatsächlich auch als Blitz, welcher ihren Körper durchbohrt.

Der gesunde Mensch kennt dieses Gefühl vielleicht, wenn er einmal durch elektrischen Strom geschlagen wurde. Auch dort meint er, er sei von einem Blitz getroffen, auch dort realisiert er im Moment nicht, was mit ihm geschieht, auch dort empfindet er ohnmächtigen Schrecken. Nur ist der Hirnschlag viel mächtiger als der elektrische Schlag, den wir aus dem Haushalt kennen. Der Hirnschlag reißt den Menschen zu Boden und lässt ihn dort liegen.

Die Tatsache, dass er dort liegen bleiben muss, ist für den Menschen äusserst ungewohnt und unangenehm. Wir werden dies im Kapitel über die Leiblichkeit näher untersuchen. Es ist aber hier schon zu erwähnen, dass die horizontale Lage eine andere Dimension des Welt-Empfindens zur Folge hat als die Vertikale.

2. Der Umschlag von einer Welt in eine andere

Der Moment des Hirn-schlags ist auch der Moment des Umschlags von einer Welt in eine andere. Es ist der Umschlag von einer bekannten Welt in eine unbekannte Welt. Ein solcher Moment des Umschlags ist mit einem Gefühl der Angst verbunden. Es taucht die Frage auf: "Was geschieht? Was erwartet mich?" - Es muss ein angstvoller Moment sein, wenn ein Mensch spürt, dass er eine bekannte Welt verlassen muss. Eine Welt verlassen müssen bedeutet immer auch aus der Welt scheiden, sterben. Der Vorgang des Hirnschlags kann man tatsächlich mit dem Sterben vergleichen. Der Mensch spürt eine Kraft, die ihn vollständig befällt. Er spürt, dass sein Körper einem gewaltigen Prozess unterliegt. Einem Prozess, dem er sich nicht entwehren kann. Das reduzierte Denkvermögen lässt noch einen Gedankenblitz zu: "Ich sterbe!" - Da bei vielen Menschen der Gedanke an den bevorstehenden Tod angstauslösend wirkt, kommt hier also zu der Angst vor dem Unwissen auch noch die Angst vor dem Sterben und die Angst vor dem Tod dazu. Manche Patienten sterben auch wirklich an den Folgen eines Hirnschlags. Viele aber überleben. Doch auch diese Menschen sind, ich möchte fast sagen, "schon einmal gestorben". Denn das Gefühl, welche diese Hirnschlagpatienten im Moment ihres Schlaganfalls empfinden, ist sicherlich von dem Gefühl, das ein Mensch angesichts seines Todes hat, kaum zu unterscheiden. Denn Hirnschlagpatienten haben eine Welt verlassen und befinden sich im Moment des Anfalls an der Pforte zu einer anderen "Welt", der Welt des Todes oder der Welt der Krankheit.

Ueberlebende Hirnschlagpatienten wechseln also von der Welt des Gesunden in die Welt des Kranken hinüber. Der Moment des Schlaganfalls ist demnach der Moment des Umschlags dieser zwei Welten. Bis anhin gehörte ein solcher Patient zu den Gesunden, zu den Leistungsfähigen. Er war Teil jener aktiven und produzierenden Welt, jener Welt, zu der ein Mensch gehören möchte, weil sie in unserer Zeit die einzige

akzeptierte Welt ist. In der Welt des Gesunden war dieser Mensch möglicherweise erfolgreich, er erhielt auf irgend eine Art Anerkennung, er war sozial integriert. Er bewegte sich in der "normalen Welt". Von einem Moment zum anderen wird er in die Welt des Kranken gestossen. Krankheit ist nach Feldmann "eine für den einzelnen ganz persönliche Erfahrung und Situation, die seine bisherige Lebenskontinuität unterbricht" (Feldmann 1976). Bei der Hirnschlagkrankung muss noch hinzugefügt werden, dass hier nicht nur Lebenskontinuität unterbrochen wird, sondern Lebenskontinuität zerstört wird. Dies führt dazu, dass der Hirnschlagpatient noch radikaler als andere Patienten in eine veränderte Welt gestossen wird. Wir werden später versuchen, diese Welt des Kranken, und besonders die Welt des Hirnschlagpatienten, zu beschreiben. Vorerst wollen wir aber bei dem Augenblick des Umschlags verweilen.

Wir kennen Krankheiten, die schleichend auf den Patienten zukommen, bei denen ein langsamer Uebergang von der Welt des Gesunden in die Welt des Kranken möglich ist. Bei einer solchen Krankheit kann sich der Patient sukzessive ein neues Welt-bild aneignen, er kann sich Schritt für Schritt mit seinem Kranksein auseinandersetzen und versuchen, dieses zu akzeptieren. Der Hirnschlagpatient hingegen muss ohne jegliche psychische Vorbereitung den Umschlag von der Welt des Gesunden in die Welt des Kranken innerhalb von Sekunden vollziehen. Der Ausdruck Hirn-schlag weist auf diese Tatsache hin: der Patient wird nicht langsam von einer Krankheit befallen, er wird von ihr ge-schlagen. Deshalb geschieht hier ein schlag-artiger, ein plötzlicher Um-schlag von einer Welt in die andere. Für den Hirnschlagpatienten bedeutet dies demnach nicht nur ein körperlicher "Schlag", sondern auch ein psychischer "Schlag".

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Antwort eines meiner Patienten, als ich ihn nach dem Gefühl während des Hirnschlags fragte: "Es war ein 'schöner' Schlag!" Dieses Beispiel zeigt, dass mit dem Wort Hirn-schlag nicht nur

auf den Vorgang im Gehirn des Patienten hingewiesen wird, sondern ebenso sehr auf das Gewaltige, das Heftige und Plötzliche dieses Krankheitsbeginns. Mit dem Schlag befindet sich ein Mensch in einer anderen Welt.

Der Moment des Umschlags bringt noch eine weitere Angst mit sich: Der Mensch ist gewohnt, aufrecht gehen zu können, stehen zu können (siehe Aspekt der Leiblichkeit). Er fürchtet den Fall, er fürchtet die Tiefe. Wenn er nun zu Boden gerissen wird, wird er gleichzeitig in die Tiefe gerissen. Er fühlt sich wie ein Bergsteiger, welcher spürt, dass er einen Fehltritt begangen hat: er empfindet Angst vor dem Fall, Angst vor der Tiefe.

Im Moment des Um-schlags besteht noch eine Angst vor einem weiteren "Schlag": dem Auf-schlag nämlich. Diese Angst ist seit Kindesjahren in uns enthalten. Beim Spiel, noch während des Stürzens, fragt sich das Kind: "Wie werde ich auf dem Boden aufschlagen?" - Diese Angst vor dem Aufschlag besteht in ähnlicher Weise während des Schlaganfalls.

Wir sehen, dass der Moment des Schlaganfalls, in dem sich der Umschlag von einer Welt in die andere in Sekundenschnelle vollzieht, mit verschiedenen Ängsten verbunden sein muss. Wir merken auch, dass dieser Moment des Umschlags auch für die Psyche dieses Menschen ein Schlagen und Um-schlagen bedeuten muss.

3. Das veränderte Welt-bild

Bis anhin haben wir uns vorwiegend mit dem Phänomen des Augenblicks eines Schlaganfalls beschäftigt. Wir haben gesehen, dass eine Welt zusammenbricht.

Nun wollen wir uns überlegen, wie denn die Welt nach dem Schlaganfall aussieht. - Ein Hirnschlag ist immer auch ein "Schicksals-schlag". Wenn das "Schicksal zuschlägt", so hat dies meistens eine wesentliche Veränderung des Lebens eines Menschen zur Folge. Diese Veränderung bringt ein neues Welt-erleben mit sich. Auch der Patient, welcher einen Hirnschlag erlitten hat, erlebt die Welt nach dem Schlaganfall anders. Folgendes Zitat aus dem Erfahrungsbericht eines Hirnschlag-patienten weist auf diese Veränderung des Welt-erlebens hin: "Ich war eine Insel, ein Fremder und hatte Angst, in einer Welt, die ich nie gemacht hatte." (aus gardner 1975)

Es zeigt sich, dass das erste Gefühl beim Bewusstwerden dessen, was geschehen ist, wiederum Angst ist. Es ist die Angst, welche einen Menschen überfällt, wenn er sich plötzlich in einer Welt befindet, "die er nie gemacht hat", das heisst, in einer Welt, welche ihm neu ist und in der er sich ohne seinen Willen befindet. Es ist eine Angst vor diesem Neuen, das ihn hier erwartet, vor dem noch Unbekannten und Unge-wissen. Noch ist es eine Welt, welche vorläufig weder Normen noch einen konkreten Rahmen bietet. Es wird nun die Zeit kommen, in der er wird versuchen müssen, sich in dieser ver-änderten Welt zurechtzufinden. (Zum Gefühl der Angst vor die-ser neuen Welt gesellt sich, wie das Zitat zeigt, noch das Gefühl der Einsamkeit - 'eine Insel' -, welches wir unter dem Aspekt der Begegnung behandeln werden.)

In welcher Welt befindet sich nun aber dieser Mensch, wel-cher jetzt langsam aus dem Nebel, den dieses Gewitter hinter sich gelassen hat, erwacht? Wie sieht die Welt aus, wenn ein Patient nach einem Schlaganfall zum ersten mal bewusst die Augen öffnet? Er wird wohl kaum sogleich ein neues Welt-bild in sich tragen. Ein Welt-bild entwickelt sich nur langsam.

Besonders bei dieser Erkankung, welche in Sekundenschnelle den menschlichen Körper ernsthaft erfasst, kann sich die innere Einstellung, das innere Welt-bild, nur sehr langsam an die äusseren Veränderungen anpassen. Und trotzdem befindet sich dieser Mensch in einer anderen Welt, was er bald einmal realisieren muss: in der Welt der Kranken und Behinderten.

Obwohl der Zustand nach einem Hirnschlag eigentlich keine Krankheit, sondern, wie der Mediziner sagt, ein "Status" ist, gehört der Hirnschlagpatient zu den kranken Menschen. Der kranke Mensch zeichnet sich dadurch aus, dass er nicht mehr so aktiv und so leistungsfähig ist, wie es die Umwelt von einem Menschen erwartet. Besonders der Körperbehinderte kann bald das Gefühl bekommen, er werde 'auf dieser Welt' - der Welt des Gesunden nämlich - nicht mehr gebraucht (Barker 1953). Wenn es uns nun interessiert, wie sich die Welt in der Psyche eines Hirnschlagpatienten widerspiegelt, so kann man sagen: als eine veränderte, eine kranke, eine minderwertige Welt. So entwickelt sich mit der Zeit ein entsprechendes Welt-bild, welches durch Gefühle des Anders-Seins, des Ausgestossen-Seins, des Unnütz-Seins geprägt wird. - Wenn wir von einem derart veränderten Welt-bild sprechen, spüren wir, dass sich ein Mensch nach einem Hirnschlag meistens nicht nur in der Welt des körperlich Kranken, sondern auch in der Welt des psychisch Kranken befindet. Denn ein solches Welt-bild wird oft von psychisch auffälligen Verhaltensweisen begleitet (depressive, euphorische etc.). Wir wissen, dass die Umwelt auf seelische Krankheiten schlecht reagiert. Eine solche Haltung der Umgebung prägt dann noch zusätzlich das "neue Welt-bild" des Hirnschlagpatienten. Er ist krank, er ist körperbehindert, er ist psychisch geschädigt....er gehört zu den Unnützen und Ueberflüssigen. Nicht jeder Hirnschlagpatient entwickelt ein solches Welt-bild. Viele solche Menschen empfinden aber ihr Dasein als minderwertig. Dies gilt es zu berücksichtigen, wenn wir dann im zweiten Teil der Arbeit über die therapeutischen Massnahmen bei

Hirnschlagpatienten sprechen werden. Für den Moment wollen wir nur darauf hinweisen, dass es eine andere Welt ist, in der sich der Hirnschlagpatient bewegt.

Wurde ein Mensch durch den Schlaganfall psychisch nicht beeinträchtigt, was selten der Fall ist, so hat sich sein Welt-bild doch in einem Punkt bestimmt verändert: in der Dimension der Grösse. Es ist ein verkleinertes Welt-bild, das ein Mensch nach einem Hirnschlag besitzt. Vor dem Schlaganfall war es eine grosse, weite Welt, unerschöpflich in ihrer Vielfältigkeit, grenzenlos in ihrer Entfaltungsmöglichkeit. Heute ist es eine kleine und enge Welt, die den Hirnschlagpatienten umgibt. Er ist meistens an einen bestimmten Ort gebunden, beschränkt in seinen intellektuellen und körperlichen Möglichkeiten, ein Gefangener in einem eng umgrenzten Lebensraum. Dieses verkleinerte Welt-bild gilt vor allem für die Wochen und Monate nach dem Schlaganfall. Später kann sich dieses Welt-bild wieder öffnen, erweitern und vergrössern. Diese Erweiterung streben wir mit unseren therapeutischen Anstrengungen an. Bevor sich ein Psychologe aber in diese therapeutische Arbeit stürzt, bevor er welt-öffnend wirken will, muss er versuchen, sich in das Enge und kleine der Welt des Hirnschlagpatienten zu versetzen. Nur wenn wir dieses Gefühl des Eingeschlossenseins, des Begrenztseins und des Gefangenseins nachvollziehen können, sind wir fähig, einem solchen Menschen zu helfen.

4. Der Verlust des räumlichen Aspektes der Welt

Nachdem wir nun den Prozess des Wechsels von einer Welt in die andere beschrieben haben, nachdem wir uns überlegt haben, wie denn die veränderte Welt des Hirnschlagpatienten aussieht, möchte ich nun auf einen anderen welt-haften Aspekt des Hirnschlags hinweisen.

Welt ist immer räumliche Welt. Räumliche Welt ist in uns enthalten. Im räumlichen Denken ist Welt repräsentiert. Indem wir uns Raum vorstellen können, können wir uns auch Welt vorstellen. Räumlich wirkt die Welt auf unsere Psyche ein. Andererseits manifestiert sich unser In-der-Welt-Sein im Raum. - Boss (1975) meint zum Raumhaften der Welt des Menschen: "Um zu einem Sein zu kommen, bedarf jedes Seiende ein Worin."

Indem wir Raum wahrnehmen, nehmen wir auch uns selbst wahr. Indem wir uns im Raum orientieren können, sind wir auch über uns selbst orientiert. Das Sich-im-Raum-Verhalten und das gleichzeitige Räumlich-Sein sind demnach zwei Grundvoraussetzungen unseres Daseins. Beide Funktionen können beim Hirnschlagpatienten verschüttet sein. Besonders Menschen, welche in ihrer rechten Hirnhemisphäre geschlagen wurden, sind in ihrer Beziehung zum Raum gestört.

In dieser physiologischen Tatsache besteht eine interessante Parallele zu einem rein anthropologischen Aspekt. Wenn der Anthropologe sagt, Raum sei im Menschen enthalten, so meint er dies in dem Sinne, dass Sein immer auch Räumlich-Sein bedeutet. Wenn wir nun vom Hirnphysiologen hören, dass Menschen, welche in ihrer rechten Hirnhemisphäre geschlagen wurden, räumlich nicht mehr richtig wahrnehmen können, so erkennen wir auf eigenartige Weise wieder einmal die Einheit von Körper und Seele. Denn es scheint tatsächlich einen Ort im Gehirn des Menschen zu geben, in dem "Raum" repräsentiert ist. Räumliche Welt scheint an einem bestimmten Punkt unseres Körpers ihren Platz zu haben. Das Wechselspiel zwischen Leib und Seele verdeutlicht sich demnach bei näherer Betrachtung einer Hirnfunktion, wie dies die räumliche Wahrnehmung dar-

stellt. - Es geht nun nicht darum, im d cartischen Sinn dem Sitz der Seele im Menschen nachzugehen. Ich wollte nur darauf hinweisen, dass der Gedanke, räumliche Welt sei in uns repräsentiert, im rein physiologischen Ausfall der rechten Hirnhemisphäre leiblich vergegenständlicht wird.

Viele Hirnschlagpatienten können sich in dieser Welt nicht mehr orientieren. Sie haben das Gefühl für die räumliche Welt verloren. Die Umgebung, welche für sie bis anhin eine Selbstverständlichkeit war, wird für sie zum Irrgarten. Ihre eigene Wohnung, die für Jahre den unmittelbaren Lebensraum bildete, wird zum unfassbaren Labyrinth. Dadurch, dass ein solcher Mensch sich in der alltäglichen Umgebung nicht mehr zurecht findet, wird er zum Fremden in seiner eigenen Welt. Das ihm an sich Vertraute, seine eigenen vier Wände nämlich, wird zu einer unbekannten Kulisse. Durch dieses Fremdsein in der eigenen Welt verliert dieser Mensch eine ursprüngliche Sicherheit. Er wird durch diese Entfremdung verunsichert. Denn eine fremde Umwelt spiegelt sich auch wieder im eigenen Welt-bild. Es ist im Grunde genommen das Welt-bild eines Heimatlosen.

Einem solchen Menschen fehlt schon die Voraussetzung für die räumliche Orientierung. Um sich nämlich im Raum orientieren zu können, muss er sich diesen Raum vorstellen können, er muss ihn innerlich vor- und nachvollziehen können. Dieses innere Gefühl für den Raum ist vielen Hirnschlagpatienten abhanden gekommen. Sie können gedanklich keinen Raum formen. Als Kinder war es ihnen ein Leichtes, aus Kl tzen ein Haus zu bauen, eine Landschaft in ihrer richtigen Perspektive zu zeichnen oder beim Anblick von einem Gegenstand auch das Unsichtbare, Dahinterstehende, die Kehrseite sich vorzustellen. Heute haben sie die Voraussetzung für ein solches räumliches Verhalten, das räumliche Denken nämlich, verloren. Sich Raum nicht mehr vorstellen können bedeutet auch irgendwo sich Welt nicht mehr vorstellen können. Denn Welt ist an sich in uns enthalten und sie ist räumlich in uns enthalten. Wenn

wir uns nun in einen Hirnschlagpatienten versetzen, welcher die Fähigkeit zum räumlichen Denken verloren hat, was gleichzeitig bedeutet, dass er das innere Gefühl für Welt verloren hat, so wird uns sein psychischer Seinszustand verständlicher. Ein Mensch mit einer solchen Schädigung ist weltenlos. Er befindet sich zwar irgendwo, doch er weiss nicht, wo. Wir sprachen zu Beginn von einer Bühne, auf der sich unser Sein abspielt, einer Bühne, die auch in uns selbst ihre Repräsentanz hat. Diese Bühne verliert hier an Struktur, sie verliert ihre Form und ihre Klarheit. Bei Hirnschlagpatienten, welche das räumliche Vorstellungsvermögen völlig verloren haben, kann man sagen, diese Bühne sei zusammengefallen. Das Leben wird zu einem Dasein, welchem der strukturierende Boden unter den Füßen fehlt, zu einem Dasein ohne Rahmen.

Der Mensch trägt nicht nur Vorstellungen bezüglich des äusseren Raumes in sich. Sein eigener Körper bedeutet ebenso Raum und auch hiervon besitzt er gewisse räumliche Vorstellungen. Dieses mit dem räumlichen Denken verbundene Gefühl dem eigenen Körper gegenüber nennt man das 'Körperschema'. Einerseits durch das Unvermögen, räumlich zu denken, andererseits durch die Halbseitenlähmung, welche meistens als Folge eines Hirnschlags auftritt (siehe Aspekt der Leiblichkeit), verlieren viele Hirnschlagpatienten dieses räumliche Gefühl ihrem eigenen Körper gegenüber. Diese Menschen können nicht mehr angeben, wo ihr linker Arm ist, wo ihr rechtes Bein ist. Sie haben also die Orientierung am eigenen Körper verloren. Hier sehen wir, dass Hirnschlagpatienten nicht nur den Bezug zum äusseren Raum verlieren, sondern auch zum inneren Raum, ihrem Körper nämlich. Sie wissen auch nicht mehr, dass eine Symmetrieachse durch ihren Körper zieht. Sie können insofern nicht mehr erfassen, dass sie aus zwei mehr oder weniger gleichen Teilen bestehen. Wenn man sich nicht mehr der eigenen Symmetrie bewusst ist, verliert man auch das Bewusstsein der Körpermitte. Keine Mitte mehr besitzen heisst auch, kein inneres Zentrum mehr besitzen. Wir wissen auch von der buddhistischen Kultur, welche zentrale Stellung

der Bauch in unserem Körper und in unserem Geist spielt. Eine Achse zu besitzen, ein Zentrum zu haben, dies sind wichtige Stützen für die Orientierung in unserer eigenen Welt. Abgesehen vom rein körperlichen Empfinden einer Achse oder einer Mitte, trägt dieser Aspekt psychisch zu einem Gefühl der Ausgewogenheit, des Gleichgewichts unseres In-der-Welt-Seins bei. Fehlt einem Menschen dieses Bewusstsein der eigenen Mitte, so fehlt seiner ganzen psychischen Welt das Zentrale, um das sich seine Welt dreht.

DER ASPEKT DER LEIBLICHKEIT

Wenn wir nun den Aspekt der Leiblichkeit behandeln, so gehen wir davon aus, dass unsere Existenz eine Leibliche ist (Von Uslar 1972). Seele und Leiblichkeit sind identisch, sie bilden eine Einheit. Im Phänomen des Hirnschlags können wir Leib und Seele als ein Ganzes erkennen.

1. Die Lähmung

Der Hirnschlag hat meistens eine Halbseitenlähmung zur Folge, welche sich in manchen Fällen nach wenigen Wochen zurückbildet, in sehr vielen Fällen aber für den Rest des Lebens bestehen bleibt. Die erste Reaktion des Menschen, welcher bemerkt, dass ein Teil seines Körpers gelähmt ist, ist Schrecken. Dieser Mensch erschrickt, weil er bemerkt, dass gewisse Glieder unbrauchbar geworden sind. Seine Glieder unterstehen seinem Willen nicht mehr. Bis anhin wurde jedem Befehl, den er an seine Körperglieder erteilte, Folge geleistet. Bis anhin konnte er mit seinem Willen jede Körperformanulation ausführen. Plötzlich versagt sein Wille, plötzlich berücksichtigt dieser Körper keine Befehle mehr.

Wenn wir uns an das berühmte Bild vom Reiter und seinem Pferd erinnern, welches gerne als Veranschaulichung von Freud's Persönlichkeitsmodell gebraucht wird, so können wir bezüglich des gelähmten Hirnschlagpatienten in Abwandlung dieses Bildes sagen: Der Reiter, das bewusste Ich, kann das Pferd, in diesem Falle das Körperhafte, nicht mehr beherrschen, er kann das Pferd zügeln, peitschen oder sogar schlagen, aber das Pferd reagiert nicht, es bewegt sich nicht mehr. Anhand dieses Bildes erkennen wir die Ohnmacht eines solchen Menschen. Früher war er seines Körpers mächtig, jetzt ist er dessen ohn-mächtig. Der Körper hört nicht mehr auf ihn, der Körper hat sich ihm entzogen.

Wird sich ein partiell gelähmter Mensch dieser Tatsache bewusst, so erschreckt er dermassen, dass er im Moment nicht

nur körperlich, sondern auch psychisch gelähmt ist. Ein Schrecken kann so gross sein, dass unsere Psyche ihn nicht mehr verarbeiten kann, sondern mit einer seelischen Gelähmttheit reagiert. Wir weisen auch in unserer Umgangssprache darauf hin, wenn wir sagen, wir seien "vor Schrecken gelähmt". In einem solchen Moment reagieren wir nicht mehr, wir nehmen staunend hin, ohne uns wehren zu können. Hier spüren wir die Einheit von Leib und Seele, wo Gelähmt-Sein weder ein rein körperliches noch ein rein seelisches Phänomen ist, sondern einen leib-seelischen Vorgang bildet. Der Schlaganfall löst demnach eine ganzheitliche momentane Lähmung aus.

Ist dieser erste Schrecken einmal überwunden, was für manche Hirnschlagpatienten erst nach Monaten möglich ist, so reduziert sich auch der Anteil der psychischen Lähmung. Es wird Schritt für Schritt eine gewisse Aktivität in diese gelähmte Psyche zurückkehren. Doch zu diesem Zeitpunkt zeigt sich, dass die psychische Reaktivierung und die körperliche Reaktivierung nicht parallel verlaufen. Deshalb ist der Moment, zu dem der Patient aus seiner psychischen Gelähmttheit erwacht, nicht unbedingt ein für den Patienten erfreulicher Augenblick. Die psychische Gelähmttheit hatte einen gewissen Abwehrcharakter, der gelähmte Mensch musste sich mit seinem Gelähmt-Sein noch nicht auseinandersetzen, er befand sich in einer Art Schonzeit. Seine psychische Lähmung überdeckte gleichsam seine physische Lähmung. Nun spürt er wohl, dass er geistig und psychisch wieder erwacht ist, aber auch gleichzeitig, dass der Körper immer noch schläft. Dieser Augenblick des Realisierens ist sehr schmerzhaft. Die Psyche, welche nun nicht mehr durch eine "Lähmung" geschützt ist, reagiert oft heftig. Meistens folgt dem Bewusstwerden des Geschehenen eine Reaktion der Trauer. Diese Trauerreaktion kann in eine tiefe Depression münden.

Hört man von einem Menschen, dass er trauert, so fragt man sich immer wieder, was denn der Grund der Trauer ist. Im Falle eines teilweise gelähmten Menschen scheint der Grund

der Trauer ziemlich offensichtlich zu sein: die Trauer ist eine Reaktion auf die Lähmung.

Aber ein Trauernder ist immer auch ein Be-trauernder. Er be-trauert etwas, er ist traurig ob eines Verlustes. Bei vielen trauernden Menschen wissen wir nie wirklich, was sie be-trauern. Wir spüren nur, dass sie etwas verloren haben müssen und dass dieser Verlust sie mit Schmerz und Trauer erfüllt. Es gibt eine ganz bestimmte Trauer, die wir alle nachvollziehen können: es ist die Trauer um einen verstorbenen Menschen. In diesem Falle be-trauern wir den Verlust, den der Tod dieses Menschen uns bedeutet.

Nun können wir uns nochmals fragen, was denn ein partiell gelähmter Hirnschlagpatient wirklich be-trauert. Er betrauert auch einen Art von Verlust. Den Verlust von gewissen Körpergliedern. Auch er betrauert etwas, das gestorben ist. Denn seine Glieder sind ab-gestorben. Früher war sein Körper ein lebendiger Körper. In jedem Glied fühlte dieser Mensch Leben. Lebende und Lebendige Glieder bedeuten Brauchbarkeit, Aktivität und Beweglichkeit. Jetzt aber sind diese Glieder tot.

Parkes (1971) hat ähnliche Feststellungen bei einer den Hirnschlagpatienten nahen Patientengruppe gemacht: bei Patienten nach einer Amputation. Auch hier wird ein Glied verloren, auch hier muss sich der Patient mit einem Sterben befassen. Parkes verglich diesen Verlust gar mit dem Verlust eines Ehepartners: Die erste Phase nach dem Moment des Verlustes ist Taubheit (vergleichbar mit der vorhin beschriebenen Lähmung). Die zweite Phase wird durch Angst gekennzeichnet (vergleichbar mit der von uns beschriebenen Angst vor der neuen Welt). Die dritte Phase ist die Phase der Depression (welche wir beim Halbseitengelähmten auch kennen). Parkes weist noch auf eine zusätzliche mögliche Reaktion hin, welche wir auch bei Hirnschlagpatienten manchmal feststellen können: Die Verleugnung. Es gibt Menschen, welche den Tod eines ihnen Nahestehenden ignorieren. Solche Verleugungsmechanismen treten auch bei Menschen auf, welche ein Körperglied verlieren. Sie wollen den Verlust nicht wahrhaben

und machen sich vor, in ihrer Welt habe sich nichts verändert. Indem sie die Realität verschleiern, müssen sie sich mit ihrem Schicksal nicht auseinandersetzen. Wir werden auf den Mechanismus der Verleugnung im zweiten Teil dieser Arbeit zurückkommen.

Ein Unterschied zwischen einer Lähmung eines Gliedes und der Amputation eines Gliedes besteht in Folgendem: Der Amputierte sieht sein verlorengegangenes Glied nicht mehr, er sieht nur noch den Ort, wo es eigentlich sein müsste. Der Gelähmte aber trägt seine gelähmten Glieder weiterhin mit sich herum. Diese Glieder bedeuten für die gelähmten Menschen oft einen unnötigen Ballast. Dies kann man auch tatsächlich beobachten, wenn einem ein Hirnschlagpatient entgegen kommt: der Patient trägt etwas in der Hand, etwas Schweres, Lebloses, das eine Last bedeuten muss. Man sieht seiner ganzen Haltung an, dass er dieses Glied als überflüssig betrachtet und dass er dessen Existenzsinn nicht einsieht. Im Gegenteil, ein solcher gelähmter Arm, den er mit sich umhertragen muss, erinnert ihn immer wieder an einen schweren Verlust. Ein solcher Arm bildet in diesem Sinne ein Mahnmal. Es mahnt an etwas Verstorbenes, das ihm lieb war.

Wenn wir uns nun in einen solchen Patienten versetzen, können wir seine Trauerreaktion verstehen. Es ist ein leib-seelischer Zustand, welcher diesen Menschen in seiner Ganzheit umfasst. Diesen Zustand zu akzeptieren scheint für viele Hirnschlagpatienten etwas ausserordentlich schweres zu sein. Und doch müssen sie lernen, sich in ihrer Gelähmtheit als wertvolle Menschen zu schätzen. Dass dies ein sehr langwieriger Prozess ist, werden wir sehen, wenn wir über die therapeutischen Massnahmen bei Hirnschlagpatienten sprechen werden.

An dieser Stelle müssen wir aber das Vorausgegangene noch ergänzen: Nicht jede Halbseitenlähmung nach einem Hirnschlag bleibt in ihrer ursprünglichen Form bestehen. Manche Glieder können durch intensives physiotherapeutisches Training wieder aktiviert werden. Insofern ist dieses Absterben eines Gliedes nur bedingt mit einem amputierten Glied vergleich-

bar. Gelähmte Glieder bestehen noch und geben deshalb immer wieder Anlass zu Hoffnungen auf eine Rückkehr der Gliederaktivität. Insofern ist das Absterben eines Gliedes nach einer Lähmung auch nur teilweise mit dem Tod eines Menschen vergleichbar. Wenn ein Mensch stirbt, so wissen wir, dass keinerlei Hoffnung mehr besteht, diesen Körper wieder zum Leben zu bringen. Wir trauern um etwas endgültig Verlorenes. Der Hirnschlagpatient darf aber immer noch die Hoffnung in sich tragen, dass die gelähmten Glieder eines Tages wieder zum Leben zurückkehren. So trauert der Hirnschlagpatient um etwas, das ihm zwar verlustig gegangen ist, das er aber eines Tages wieder zurückzugewinnen hofft. Seine Trauer ist deshalb vielleicht am ehesten mit der Trauer um den Verlust eines wertvollen Gegenstandes zu vergleichen, der einem lieb war. Man hat diesen Gegenstand verloren und man hat kaum noch Hoffnung, ihn jemals wiederzufinden. Doch neben dieser Trauer um den verlorenen Gegenstand besteht doch noch ein kleiner Funke Hoffnung, dass man diesen Gegenstand irgendeinmal wiederfinden wird. In der Trauer um das Absterben eines Körpergliedes steckt demnach immer noch eine kleine Spur von Hoffnung auf eine "Wiedergeburt". Auch hier besteht ein wichtiger therapeutischer Ansatz,

Doch kehren wir zurück zu dem Gefühl, welches ein Mensch haben muss, wenn er realisiert, dass gewisse Körperteile gelähmt sind. Es ist sicher auch ein "Gefühl der Gefühllosigkeit". Rein körperlich gesehen hat dieser Mensch in den gelähmten Partien seines Körpers kein Empfinden mehr. Es kann ihn jemand an einer solchen Stelle berühren, er kann vielleicht mit einem gelähmten Körperteil an eine Wand stossen, doch er spürt weder diese Berührung noch diesen Aufprall. Sein Körper ist partiell gefühllos. Spüren und Fühlen sind aber wichtige Bestandteile unseres Daseins. Boss (1975) sagt über den gesunden Menschen: "Beim Greifen eines Glases taste ich nicht nur das Glas. Gleichzeitig kann ich dabei ausser dem Glas immer auch meine eigene Hand spüren." - Damit weist

Boss darauf hin, dass wir mit dem Fühlen eines Glases immer auch gleichzeitig uns selbst fühlen. Wir fühlen in einem solchen Moment, dass wir uns in unserer leib-seelischen Gegenwart befinden. Wenn wir nun dieses Glas nicht mehr fühlen können, wie können wir dann unsere eigene Existenz noch fühlen? Der Halbseitengelähmte hat wohl das Glück, dass er noch eine intakte und gesunde Körperhälfte besitzt, durch die er sich seiner leib-seelischen Existenz immer wieder vergewissern kann. Doch partiell ist er ein Gefühl-loser geworden. Gefühl-lost meint hier nicht emotionslos. Wir wissen im Gegenteil, dass Hirnschlagpatienten äusserst emotional reagieren können. Gefühl-lost meint hier, kein Gefühl für sich selbst mehr haben, sich selbst nicht spüren können, sich in seiner leib-seelischen Wirklichkeit nicht ganzheitlich fühlen können. Dieses Gefühl der Gefühl-losigkeit besteht bei Halbseitengelähmten.

Ist ein Teil des eigenen Körpers gelähmt, ist er abgestorben und gefühllos, so entwickelt sich eine seltsame Einstellung gegenüber diesem Körperteil. Man betrachtet diesen Teil des Körpers als einem fremd. Dieser Teil des Körpers wird zum Fremd-körper. Dinge, welche dem Menschen nicht eigen sind, betrachtet er als fremd. Vertraut ist ihm nur, was ihm eigen ist. Etwas das mir eigen ist gehört zu meinem Eigentum, zu meinem Besitz. Der ursprünglichste Besitz des Menschen, der Besitz, welcher ihm immer am nächsten stand, ist sein eigener Körper. Dieser Körper, welcher des Menschen leibhafte Existenz verkörpert, gehört ihm selbst.

Plötzlich sterben gewisse Teile des menschlichen Körpers ab. Für das subjektive Empfinden dieses Menschen entfallen diese Körperteile seinem Besitz. So sehr sie ihm nicht mehr hörig sind, so sehr sind sie nicht mehr zu ihm gehörig. Sie gehören ihm nicht mehr, sie sind in einen anderen Besitz übergegangen, sie sind in fremden Besitz übergegangen. Sie sind ihm fremd. Es ist für den gesunden Menschen ein unfassbares Gefühl, dass Teile des eigenen Körpers als nicht mehr

zu sich selbst gehörig, als fremd empfunden werden können. Es sind Körperteile, die existent sind, die man berühren und anfassen kann, die man sogar mit sich umhertragen muss, und doch sind sie fremd. Dieses Gefühl der Fremdheit gegenüber dem eigenen Körper führt sogar dazu, dass Hirnschlagpatienten manchmal die gelähmten Körperteile vergessen. (Dieses Vergessen hat nur bedingt etwas mit dem vorhin beschriebenen Verleugnungsmechanismus zu tun). Solche Körperteile werden übergangen, weil sich der Patient ihrer gar nicht mehr entsinnt. Körperteile, welche vergessen werden, sind schwer zu rehabilitieren. Auch hier ahnen wir deshalb einen Aufgabenbereich für den Psychologen, was wir später näher untersuchen werden.

Ich möchte nun noch einmal auf den Begriff des Gelähmt-Seins zurückkommen. Wir haben unter dem Aspekt der Weltlichkeit schon einmal auf die Minderwertigkeitsgefühle eines Hirnschlagpatienten hingewiesen. Minderwertig fühlt er sich nun hauptsächlich wegen seiner Lähmung. Dass er sich wegen seiner Lähmung minderwertig fühlt, können wir schon verstehen wenn wir nur schon den sprachlichen und umgangssprachlichen Aspekt betrachten. Im Alltag nennen wir den Menschen einen "lahmen Kerl", welcher lethargisch, undynamisch und faul ist. Ein "lahmer Kerl" hat in unserer Welt wenig Platz. Diese Haltung der Umwelt spürt auch ein Mensch, der nicht "lahm" im Sinne von faul ist, sondern tatsächlich körperlich ge-lähmt ist. Er spürt subjektiv, dass er durch seine Lähmung an Dynamik viel eingebüsst hat. Zusätzlich spürt er nun noch, dass die Umwelt ihn auch als "lahm" behandelt, als faul und unnütz. Wenn die Umwelt ihn vielleicht sogar umsorgt und tröstet, er selbst weiss noch aus seinen gesunden und aktiven Zeiten, was eigentlich "Lahm-Sein" bedeutet. Er selbst hat vielleicht früher schon diesen Ausdruck "lahm" verwendet, nun ist er selbst der Ge-lähmte. Es braucht sehr viel Kraft, damit sich der Gelähmte mit der Zeit von diesem Bild des Lahmen distanziert. Denn er fühlt sich vorläufig noch tatsächlich in jeder Beziehung "lahm".

Hier möchte ich nun einen kleinen Exkurs in die psychoanalytische Theorie Sigmund Freud's anbringen. Freud (1933) behandelte unter anderem die Entwicklung des Kindes unter dem besonderen Aspekt seiner Identifikation mit einem Elternteil. - Er wies darauf hin, dass ein Knabe in der oedipalen Phase eigentlich seine Mutter begehrt, dass dieser Wunsch in ihm aber gleichzeitig eine grosse Angst vor dem Vater auslöst. Dabei bangt der Knabe um sein männliches Glied, welches, wie er aus Beobachtungen an weiblichen Familienmitgliedern weiss, nicht unbedingt zum menschlichen Körper gehört. Diese Angst, der Vater könne dem Jungen das Glied abschneiden, nennt Freud die 'Kastrationsangst'. Später realisiert der Knabe dann, dass er ebenso Mann ist wie sein Vater. Er besetzt dann seine eigene Männlichkeit und identifiziert sich somit mit dem Vater, mit der Rolle des Mannes. Zu diesem Zeitpunkt hat er dann seine Kastrationsangst überwunden.

Weniger ausgearbeitet wurde von Freud die Entwicklung des Mädchens. Es hat schon früh entdeckt, dass es kein Glied besitzt und führt dies darauf zurück, dass dieses Glied einmal abgeschnitten wurde. Diese Einstellung nennt Freud den 'Kastrationskomplex'. Enttäuscht über die Mutter, welche auch kein Glied besitzt und deshalb wohl die Schuld an der Penislosigkeit des Mädchens trägt, wendet es sich dem Vater zu. Es merkt aber bald, dass der Vater die Mutter als Partnerin bevorzugt, zieht sich deshalb wieder zurück, um sich nun endgültig mit der Mutter, der Rolle der Frau, zu identifizieren.

Vorausgesetzt, dass wirklich jeder Mensch sich psychisch einmal mit dem Phänomen der Kastration auseinandergesetzt hat, so müsste doch die plötzliche Lähmung von Körperteilen solche Gefühle reaktivieren. Ich habe keine Literatur zu diesem Thema gefunden. Ich kann mir jedoch vorstellen, dass jeder gelähmte Mensch sich unbewusst durch diese Lähmung - je nach Disposition mehr oder weniger - 'kastriert' fühlt. Wenn der Freud'sche Begriff der Kastration den körperlichen und gefühlsmässigen Verlust von zentralen und

psychisch hoch besetzten Körperteilen meint, so können wir annehmen, der Gelähmte fühle sich 'kastriert'. Denn er ist durch die körperliche Lähmung tatsächlich in vielen Lebensbereichen be-schnitten. Das, was Freud ein phallisches Verhalten genannt hat, ist dem Gelähmten abhanden gekommen. Er ist nicht mehr aktiv, er kann nicht mehr expandieren, er ist um seine Direktheit und Spontaneität gebracht worden, er wurde 'kastriert'. - Ich meine hier also wiederum nicht nur das rein körperliche Phänomen der Lähmung, welche der physischen Kastration entspricht. Vielmehr geht es mir um das psychische Korrelat eines körperlichen Vorgangs. Freud konnte unter anderem mit der oben besprochenen Kastrationstheorie zeigen, wie sehr Seele Leib ist und wie sehr Leib Seele ist. - Insofern können wir uns auch bei einem gelähmten Menschen vorstellen, dass ein leib-seelischer Vorgang, der dem Freud'schen Begriff der Kastration verwandt ist, seine Erkrankung begleitet.

2. Die Halbseitigkeit

Die durch den Hirnschlag hervorgerufene Lähmung betrifft die eine Hälfte des Körpers. Der gelähmte Hirnschlagpatient ist demnach ein Hemi-plegiker, ein Halbseiten-gelähmter.

Diese auffällige Unterteilung des Körpers in zwei Hälften hat auch ihre psychischen Folgen.

Die eine Körperhälfte eines Menschen ist abgestorben, leblos und unbrauchbar. Die andere Hälfte lebt. Der Hirnschlagpatient hat nur diese gesunde Hälfte seines Körpers zur Verfügung, der Hirnschlagpatient "ist" diese eine Hälfte des Körpers. Wenn er von sich selbst spricht, so meint er mit sich selbst die lebende und lebendige eine Hälfte seines Körpers. Sein bewusstes Ich umfasst also die gesunde Seite seines Körpers. Wenn er sagt "ich nehme...", so meint er "ich, der ich mit der gesunden Seite meines Körpers (noch) nehmen kann, nehme...". Eine solche Formulierung wirkt an sich unproblematisch. Es macht den Anschein, als hätte das Ich des Hirnschlagpatienten, welches früher den ganzen Körper als Seinsraum umfasste, sich leicht verschoben, um sich nun mit der gesunden Hälfte des Körpers zu identifizieren.

Die Psyche des Menschen ist jedoch selten so flexibel. Ausser unserem bewussten Ich existiert auch ein unbewusster Ich-Anteil. Kann sich das bewusste Ich mit Leichtigkeit verschieben, um sich nur mehr mit einer Hälfte des eigenen Körpers zu identifizieren, so heisst das nicht, dass das unbewusste Ich diesen Schritt ebenso schnell und untraumatisch vollziehen kann. Unbewusst spürt der Hirnschlagpatient, dass er nun aus zwei Hälften besteht. Nicht nur sein Körper ist in zwei Teile geteilt worden, auch seine Persönlichkeit wurde durch den Hirnschlag geteilt. - Anders als das bewusste Ich, welches sich mühelos mit der gesunden Hälfte des Körpers identifizieren kann, umfasst das unbewusste Ich immer noch den ganzen Körper. Dieser Körper besteht aber zur Hälfte aus einer kranken, einer toten Seite. Auch der tote Teil des Körpers hat deshalb seine

Repräsentanz im Ich, obwohl diese dem Patienten nicht immer bewusst ist. Unbewusst fühlt sich der Hirnschlagpatient jedoch gleichsam 'halbiert'.

Wenn ich nun sage, das Ich eines Hirnschlagpatienten umfasse zwei Seiten, eine gesunde und eine kranke, so meine ich dies selbstverständlich nicht im Sinne des psychopathologischen Bildes der Schizophrenie. Der Schizophrene verspürt zwei Seiten in sich und lebt abwechselungsweise die eine oder die andere aus. Beim Hirnschlagpatienten steht aber nicht die Zwi-spältigkeit im Vordergrund. Während der Schizophrene glaubt, zwei Persönlichkeiten zu besitzen, empfindet der Hirnschlagpatient unbewusst, er besitze eine halbe Persönlichkeit. Denn wo die körperliche Ganzheit auf eine Halbheit reduziert wurde, findet sich auch im Unbewussten der Psyche ein auf die Hälfte reduziertes Ich. Dies bedeutet, dass der Hirnschlagpatient seine Existenz als eine "Halbe" empfindet. Er fühlt sich nur noch als die Hälfte dessen, was er früher einmal war.

Die Halbseitigkeit kann psychisch nur eine so gewichtige Rolle spielen, wenn das 'Ganze' auch seine psychische Relevanz hat. Tatsächlich strebt der Mensch körperlich und psychisch nach Ganzheit. Ganzheit bedeutet für ihn Abgerundetheit, Schönheit und Vollkommenheit. Verliert er einen Teil seiner Ganzheit, so verliert er mehr als nur diesen Teil. Denn er verliert dabei auch die Ganzheit.

Die Bedeutung dieser Ganzheit haben schon Platon und Aristoteles betont. Sie machten die Erkenntnis, das Ganze sei mehr als die Summe seiner Teile. - Auf die Psyche des Halbseitengelähmten übersetzt heisst dies, dass solche Patienten psychisch nicht nur einen Teil ihres Körpers verlieren, sondern dass sie dabei noch etwas viel bedeutenderes verlieren: das Ganze. - Später hat auch Hegel sich mit dem Problem des 'Ganzen' beschäftigt. Er behauptete ebenfalls, das Ganze besitze mehr

Wert und Wirklichkeit als seine Teile. Er wies beispielsweise darauf hin, dass ein Auge alleine nur seinen Sinn in der Ganzheit des Körpers hat. Wir können nun diesen Gedanken weiterführen und sagen, der Sinn eines Körpergliedes besteht nur in seinem Bezug zum Ganzen. Stirbt nun ein Körperglied ab, so fällt nicht nur diese eine Funktion weg, sondern der ganze Organismus in seinem zusammenhängenden System wird tangiert. Denn dieses System wurde der Ganzheit beraubt.

Der Hirnschlagpatient fühlt sich demnach nicht mehr als ein 'Ganzer'. Das für ihn wesentliche Gefühl der Ganzheit entfällt ihm, er fühlt sich körperlich und psychisch 'nicht mehr ganz'.

Hier liegt wieder einmal ein sprachlicher Vergleich auf der Hand. Auch sprachlich weisen wir immer wieder auf den Wert der Ganzheit hin. Wenn wir in der Umgangssprache von jemandem sagen, er sei "nicht mehr ganz", so betonen wir, dass diesem Menschen die Ganzheit und Abgerundetheit fehlt. Heute wird in der Umgangssprache der Ausdruck "kaputt" verwendet. Wenn man über jemanden sagt, er sei ein "kaputter Typ", so impliziert dies auch, dass ihm seine Ganzheit fehlt. Selbstverständlich ist der Halbseitengelähmte weder "nicht mehr ganz" (= etwas verrückt) noch "kaputt" (= verwahrlost). Ich möchte hier nur zeigen, dass wir in unserer Alltagssprache die Wichtigkeit der Ganzheit immer wieder ansprechen, dass wir also irgendwo um die zentrale Bedeutung des Ganz-Seins wissen. Insofern muss einen Menschen der Verlust seiner Ganzheit nach einem Hirnschlag berühren.

Auch das 'Halbe' wird im Sprachlichen gerne symbolisch verwendet. Wir sagen über etwas, es sei "halbbatzig" und meinen damit, dass ihm die Vollkommenheit und Ganzheit fehlt. "Halbe Sache" zu machen ist verpönt, denn der Mensch ist bestrebt, ganzheitlich zu wirken.

Diese Redewendungen und ihren symbolischen Gehalt kennt auch ein Hirnschlagpatient. Er weiss seit Kindesjahren, was 'halbieren', was 'auf die Hälfte reduzieren' bedeutet. Heute

fühlt er sich innerlich 'auf die Hälfte reduziert'.

Dieses Gefühl, irgendwie 'halbiert' worden zu sein, dringt auch manchmal in das Bewusstsein des Hirnschlagpatienten vor.

Mir ist ein Patient bekannt, welcher dieses Gefühl verbalisieren kann und dadurch seine psychische Verletzung langsam zu verarbeiten weiss. Jedesmal, wenn er alte Bekannte antrifft, begrüsst er sie folgendermassen:

"Ich bin nur halb. Aber ich bin noch da. Wie geht es Ihnen?"

3. Der Verlust der aufrechten Haltung

Bevor wir uns mit dem Verlust des Gehvermögens eines Hirn-schlagpatienten befassen, möchte ich eine dieser Funktion zugrundeliegende Voraussetzung näher durchleuchten: das Sich-Aufrichten, das Stehen.

Gesunde Menschen sehen ihre aufrechte Haltung als etwas Selbstverständliches an. Ohne sich wirklich anstrengen zu müssen, oft ohne es überhaupt zu bemerken, können sie sich in die Senkrechte begeben.

Der Mensch ist sich der Einmaligkeit seiner aufrechten Haltung kaum bewusst.

Beobachtet er aber die Tiere, welche mit wenigen Ausnahmen nicht fähig sind, auf zwei Gliedern zu stehen, so bemerkt er das Ausserordentliche dieser seiner Fähigkeit

Die aufrechte Haltung ist nicht nur eine besondere 'Fähigkeit' des Menschen, sie ist auch gleichsam sein Streben. Dies können wir schon bei der Beobachtung eines 1-jährigen Kindes sehen.

Mit grossem Ehrgeiz zieht es sich, - instinktiv oder die Erwachsenen imitierend?-, an jedem grösseren Gegenstand hoch.

Nach Wochen des vergeblichen Versuchens, sich aufzurichten, kommt das Kind dann zum Stehen. Dieser Entwicklungsschritt ist für das Kind psychisch ausserordentlich wichtig. Mit der Position der aufrechten Haltung hat es sich über die Schwerkraft hinweggesetzt. Dieser Schritt bedeutet auch psychisch gesehen ein Sich-Aufrichten, ein Sich-Befreien.

Der Ehrgeiz, sich in eine aufrechte Position zu bringen, bleibt auch für den Erwachsenen bestehen. Fällt ein erwachsener Mensch zu Boden, so wird seine erste Reaktion sein, gleich wieder aufzustehen. Er muss sich sogleich wieder beweisen können, dass er aufrecht stehen kann.

Dieser Ehrgeiz, sich aufzurichten, dieser 'Drang nach oben' spiegelt sich auch in der Gesellschaft wieder. Unser ganzes hierarchisches Denken ist von diesem 'Drang nach oben' geprägt, was sich auch in unserem Karrierenstreben ("die Karrierenleiter erklimmen") erkennen lässt. Das ganze Leben bildet insofern einen Versuch, 'nach oben' zu gelangen und von dort nicht

wieder herunterzufallen.

Dass das Aufrecht-Stehen eine soziale positive Eigenschaft ist, kann man auch an gesellschaftlichen Umgangsformen erkennen.

Zur Begrüßung steht man auf, beim Anhören einer Nationalhymne stellt man sich aufrecht hin, im Militär wird das Aufrecht-Stehen durch den Befehl "achtung 'stet'" betont.

Scheinbar hat sich unser körperliches Streben, uns aufzurichten auch auf unser soziales Verhalten übertragen. Scheinbar besteht in unserer Psyche ein Korrelat zum körperlichen Vorgang des Sich-Aufrichtens.

Plessner (1976) weist auf die leib-seelische Bedeutung der aufrechten Haltung hin, wenn er sagt:

"Für das Verständnis der Art und Weise, wie beim Menschen beide Aspekte seiner Existenz, Körperbau und Verhalten, ineinandergreifen, muss das Phänomen der aufrechten Haltung als entscheidend angesehen werden."

Wenn tatsächlich ein seelisches Korrelat zum leiblichen Vorgang der aufrechten Haltung besteht, so muss auch der Verlust dieser körperlichen Fähigkeit, sich aufrichten zu können, seine seelischen Konsequenzen haben.

Der Hirnschlagpatient kann sich, zumindest in den ersten paar Wochen nach dem Schlaganfall, nicht mehr aufrichten. Tatsächlich leidet er psychisch nicht unter der Unfähigkeit, sich körperlich nicht aufrichten zu können. Sein seelisches Bestreben, sich aufzurichten, sein 'Drang nach oben' wurde durch den Schlaganfall frustriert. Seine gesellschaftlichen Ambitionen wurden tangiert, er fühlt sich psychisch und sozial nicht mehr fähig, "sich aufzurichten".

Sein Selbstbewusstsein leidet darunter. Dies ist verständlich, ist doch die aufrechte Haltung eine Haltung, welche Stolz demonstriert. Bei einem gesunden Menschen können wir in einer senkrechten Haltung Selbstbewusstsein erkennen, während eine gekrümmte oder gebückte Haltung Selbstunsicherheit ausdrückt. Indem er sich nicht mehr senkrecht halten kann, verliert der Hirnschlagpatient an Selbstbewusstsein.

Der Hirnschlagpatient kann sich nicht mehr aufrecht halten. Dies bedeutet auch, dass er sich nicht mehr in seiner Grösse zeigen kann. Nicht mehr aufrecht stehen können ist hier gleichbedeutend mit nicht mehr gross-sein, klein-sein, minderwertig-sein. Der Verlust der aufrechten Haltung verletzt insofern das Grössen-Selbst des Hirnschlagpatienten. Eine solche Verletzung der eigenen 'Grösse' bewirkt eine narzisstische Kränkung (nach Kohut 1975).

Dass sich der Mensch gerne in aufrechter Haltung erlebt, sehen wir, wenn er sich photographieren lässt, wenn er vor dem Spiegel steht, wenn er ein neues Kleid demonstriert. Dies sind alles, im Kohut'schen Sinn, 'exhibitorische' Handlungen, welche einen wichtigen Bestandteil unserer narzisstischen Befriedigung ausmachen. - Dieses Demonstrieren von Grösse und Kraft, in der aufrechten Haltung symbolisiert, ist für einen Hirnschlagpatienten nicht mehr möglich. Ein wichtiges narzisstisches Bedürfnis kann somit nicht mehr ausgelebt werden.

Auf starke narzisstische Kränkungen reagiert der Mensch depressiv. In dieser Verletzung der eigenen Grössenphantasie liegt demnach eine wichtige Ursache für die depressiven Zustände, welche dem Hirnschlag folgen.

4. Der Verlust des Gehvermögens

Unsere Fähigkeit, gehen zu könne, beinhaltet ein Moment der Freiheit. Wir können gehen, können hin-gehen, weg-gehen, hinein-gehen, hinauf- und hinunter-gehen. Es ist unsere Freiheit, wie und wohin wir gehen. Wir setzen uns über das Enge, Eingeschlossene und Begrenzte hinweg, indem wir gehen. Das Gehen gibt uns die Möglichkeit, uns entsprechend unserem eigenen Willen im Raum zu bewegen. Wir können uns dank unseres Gehvermögens innerhalb eines Raumes bewegen, wir können aber auch, und das scheint mir die wesentliche Funktion des Gehens zu sein, Raum wechseln.

Der Raum bildet den Rahmen unseres Daseins. Diesen Rahmen sind wir fähig zu verändern. Denn wir existieren nicht in einem Raum, sondern in einer vielgestaltigen räumlichen Welt. Die Vielgestaltigkeit dieser räumlichen Welt können wir dank unseres Gehvermögens auskosten. Diese Fähigkeit verleiht unserem Wesen Offenheit und Freiheit.

Der Hirnschlagpatient ist dieser Freiheit beraubt. Raum bildet für ihn nichts Offenes mehr, der Hirnschlagpatient befindet sich in einem Raum, in einem geschlossenen Raum. Durch den Verlust seines Gehvermögens ist er an einen bestimmten Ort gebunden. Sein unendliches räumliches Erleben wird dadurch zu einem eingeschränkten und begrenzten räumlichen Erleben. Indem der Hirnschlagpatient nicht mehr Raum wechseln kann, fühlt er sich eingeengt. Er fühlt sich unfrei, denn er kann nicht mehr freiwillig den Raum, welcher den Rahmen seines Daseins bildet, bestimmen.

Hirnschlagpatienten beschreiben den Verlust des Gehvermögens als eine der allerschlimmsten Folgen ihrer Krankheit. Früher konnten sie sich frei bewegen, sie konnten sich kurzentschlossen irgendwo hinbegeben, ihrem Handeln war keine räumliche Grenze gesetzt. Heute haben sie diese leib-seelische Offenheit, welche das Gehen uns liefert, verloren.

Offenheit verlieren heisst auch Kontakt verlieren. Denn um mit einem Menschen in eine Beziehung treten zu können, benötigen wir Offenheit. Indem der Hirnschlagpatient nicht mehr gehen kann, indem er an einen bestimmten Punkt gebunden ist, fehlt ihm die Offenheit, mit seiner Umwelt in Kontakt treten zu können. Es fehlt ihm der Um-gang. - Wir werden die begrenzten Kontaktmöglichkeiten des Hirnschlagpatienten im Kapitel "Begegnung" näher beschreiben.

Dass unser Gehvermögen etwas Freiheitliches an sich hat, leuchtet auch ein, wenn man die Entwicklung des Kleinkindes in Anlehnung an Freud's Phasenmodell betrachtet. Innerhalb Freud's Entwicklungspsychologie ist die zweite Phase, welche das Kleinkind durchlebt, die anale Phase. Sie erstreckt sich etwa über das zweite und dritte Lebensjahr. In dieser Zeit steht die erogene Reizbarkeit der Afterregion und die dadurch bedingte Lustempfindung bei den Ausscheidungsvorgängen im Vordergrund, weshalb Freud dies die 'anale' Phase genannt hat. Das psychisch Bedeutende an der 'Analität' ist die Möglichkeit, die Umwelt mit dem gesteuerten Festhalten und Loslassen des Kots in Schach zu halten. Diese Trotzmöglichkeit, - die anale Phase wird auch Trotzphase genannt -, bildet den ersten Protest des Kleinkindes gegenüber seiner Umgebung. Dadurch, dass es lernt zu trotzen, lernt es auch, autonom zu werden. Das Wesentliche an der analen Phase ist deshalb das Ausbilden von Autonomie. - Zu jener Zeit der Autonomiegewinnung steht aber leib-seelisch nicht nur die Entdeckung der 'Analität' im Vordergrund. In dieser Phase der Autonomieentwicklung erlebt das Kind einen körperlichen Vorgang, welcher meiner Meinung nach für seine Psyche mindestens so zentral ist: das Kind lernt zu gehen. Indem das Kind geht, erlernt es Autonomie. Früher bestand eine totale Abhängigkeit von der Mutter. Mit dem Erlernen des Gehvorganges erkennt das Kind, dass es von der Mutter weg-gehen und zur Mutter hin-gehen kann, wann es_will. Insofern ist für die Autonomieentwicklung in jener Phase das Gehen min-

destens so wichtig wie die anale Manipulationen. Gehen bedeutet autonom-sein.

Nun können wir vielleicht den psychischen Zustand des Hirnschlagpatienten noch besser verstehen. Dadurch, dass er nicht mehr gehen kann, hat er seine Autonomie verloren. Er ist wie ein Kleinkind, dessen Bedürfnis zu gehen unterbunden wurde und dessen Autonomie somit auch beschnitten wurde.

Ein Kind, welches während der 'analen Phase' stark eingeschränkt wurde, was einer Einschränkung der Autonomie gleichkommt, regrediert nach Freud auf die erste Phase, die 'orale Phase'. In der 'oralen Phase' wurde das Kind gefüttert, es wurde gepflegt, es war völlig abhängig. - Die Psyche des Hirnschlagpatienten vollzieht einen ähnlichen Schritt der 'Regression auf die orale Stufe'. Indem ihm die Autonomie, welche sich in seinem Gehvermögen manifestiert hatte, genommen wurde, muss auch er auf eine abhängige Verhaltensweise 'regredieren'. Aktive Selbständigkeit muss er gegen passive Unselbständigkeit eintauschen. Er muss wieder gepflegt werden, er braucht Menschen, die ihm helfen. Entsprechend viele Hirnschlagpatienten fühlen sich tatsächlich wie ein Kleinkind. Folgende Klage habe ich schon von vielen Hirnschlagpatienten gehört: "Ich kann ja nicht einmal mehr einen Schritt alleine machen!" Nicht mehr einen Schritt alleine machen können meint hier Autonomie verloren zu haben. Der Hirnschlagpatient ist, hauptsächlich durch sein Unvermögen zu gehen, eine unselbständige Person geworden. Er ist abhängig geworden.

Auch Hirnschlagpatienten, welche einen Rollstuhl benutzen können, fühlen sich abhängig. Die Tatsache, dass der Rollstuhl oft von jemandem geschoben werden muss, stellt die Unselbständigkeit des Patienten bildlich dar. Doch auch Patienten, welche dann lernen, selbst den Rollstuhl zu bedienen, - was eigentlich eine Horizonterweiterung bedeutet -, fühlen sich abhängig: abhängig von einem Instrument. Es sind nicht mehr die Beine, welche die Fortbewegung bewirken, sondern ein mechanischer Ersatz. Für Hirnschlagpatienten heisst das psychisch, dass sie nicht

mehr fähig sind, sich selbst fortzubewegen.

Zu dieser Ablehnung des Rollstuhls trägt auch die Umwelt bei: der Rollstuhl wird heute noch nicht wirklich akzeptiert. Ein Mensch in einem Rollstuhl fällt auf. Er entspricht nicht der Norm, denn es ist die Norm, zu gehen. Der Rollstuhlbenützer ist kein 'normaler' Fuss-gänger mehr. Es wird ihm deshalb auf der Strasse nachgeschaut. Dies empfindet der Patient stark. Hirnschlagpatienten haben nicht zuletzt deshalb Mühe, sich an den Gedanken zu gewöhnen, einen Rollstuhl benützen zu müssen. - Hier stossen wir wieder auf die Tatsache, dass wir eigentlich eine Gesellschaft der Gesunden sind. Wenn wir 'normale' Menschen sein wollen, müssen wir gehen können. Wir müssen uns beeilen könne, müssen ohne Zeit zu 'verlieren' den Ort wechseln können. Wir müssen uns heutzutage schnellstens fortbewegen können. Der Hirnschlagpatient - und mancher andere Patient ebenso - kann insofern gewisse Forderungen der Umwelt nicht entsprechen, denn er kann nicht gehen. - "Keep on goin'", sagt der Amerikaner, welcher unserem Tempobewusstsein sein Gepräge gab. Der Hirnschlagpatient kann bei einer solchen Geschwindigkeit nicht mehr mithalten. Durch sein Unvermögen zu Gehen, droht die Gefahr, dass er ins gesellschaftliche Abseits gedrängt wird.

Eine etwas lokal gefärbte Anmerkung möchte ich mir hier noch erlauben. Ich habe das Gefühl, dass schweizerische Hirnschlagpatienten unter der Unfähigkeit zu Gehen besonders leiden. Das Wandern bedeutet für viele Schweizer mehr als nur eine Freizeitbeschäftigung. Das Wandern bedeutet hier körperlich-seelische Erfüllung. Für manchen Hirnschlagpatienten ist es deshalb eine deprimierende Tatsache, dass er keine Wanderungen mehr unternehmen kann.

Es ist hier zu betonen, dass viele Hirnschlagpatienten das Gehen wieder erlernen. Sie lernen es nicht zuletzt deshalb, weil sie gewaltige Ambitionen haben, sich wieder selbständig fortbewegen zu können.

Es gibt aber auch Hirnschlagpatienten, welche keine Aussichten

mehr haben, jemals wieder gehen zu können. Interessant ist, dass selbst diese schwerst geschädigten Patienten die Hoffnung, eines Tages wieder gehen zu können, nie aufgeben. Dieser Wunsch drückt sich auch in den Träumen solcher Patienten aus, in denen sie sich meistens als Gehende sehen.

5. Die ästhetische Komponente

Wir wissen, dass Seele und Körper nicht nebeneinander existieren. Seele und Körper bilden eine Einheit. Körper ist in der Seele repräsentiert, während seelisches Sein einen körperlichen Ausdruck besitzt. Unser Körper hat die Fähigkeit, psychische Eigenart auszudrücken. Wir erleben dieses Phänomen bei der Beobachtung eines Menschen, wo wir von körperlichen Erscheinungen ausgehend in Bezug auf Charakter und Psyche dieses Menschen Schlüsse ziehen können.

Das äussere Erscheinungsbild eines Menschen manifestiert aber nicht nur seelische Eigenart, es beeinflusst auch wiederum seelische Eigenart. Das äussere Erscheinungsbild eines Menschen findet in seiner Psyche seinen Niederschlag, das äussere Erscheinungsbild hat Konsequenzen auf sein Erleben und Verhalten. - Wir alle kennen Menschen, welche unter Minderwertigkeitsgefühlen leiden, weil sie hässlich sind. Wir kennen auch Menschen, deren äussere Schönheit zu einem verstärkten Selbstbewusstsein verholfen hat. Umgekehrt gibt es auch hässliche Menschen, welche auf einem nicht-körperlichen Bereich ihre Hässlichkeit zu kompensieren versuchen und durch diese erfolgreiche Kompensation sich eine andere 'Schönheit' zulegen. - Das Aeussere eines Menschen kann also einen starken Einfluss auf seine Psyche ausüben. Zu einer Betrachtung der Leiblichkeit gehört also auch die Betrachtung der ästhetischen Komponente unseres seelischen Seins.

Der psychische Wert der Aesthetik drückt sich in der Abhängigkeit des Menschen vom Spiegel aus. Das Betrachten unserer selbst im Spiegel macht uns zum aussenstehenden Beobachter unserer selbst. Der vor den Spiegel Tretende hat ein klares Ziel: er möchte sich in seiner Schönheit sehen. Oft geschieht dieser Akt unbewusst, indem ein kurzer 'Kontrollblick' in einen Spiegel geworfen wird oder indem das Ebenbild in einem Fenster oder Glaskasten betrachtet wird. Der Mensch muss sich stets seiner eigenen (relativen) Schönheit vergewissern.

Die an einem früheren Ort aufgeführte Narzissmus-Theorie weist auf die psychische Bedeutung der körperlichen Erscheinung hin, wenn sie von der lustbetonten Besetzung des eigenen Körpers, der Autoerotik, spricht. Durch die autoerotische Beziehung zu unserem Körper können wir uns in unserer körperlich-seelischen Schönheit erleben. Diese Art von Liebe zu unserem Körper verleiht uns im psychischen Bereich Selbstsicherheit. - Insofern kommt auch bei der Betrachtung im Spiegel ein für die Selbstsicherheit des Menschen wichtiges autoerotisches Moment zur Geltung. In diesem Zusammenhang ist es interessant zu erwähnen, dass die Legende, welche der Narzissmus-Theorie zu Grunde liegt, ein Spiegelerlebnis zum Inhalt hat. Die griechische Sage erzählt nämlich vom Jüngling Narcissus, welcher in einem See sein Spiegelbild erblickte und sich in dieses verliebte. Die Sage veranschaulicht das menschliche Bedürfnis, sich selbst in seiner Schönheit erleben zu können.

Der Hirnschlagpatient ist zunächst einmal entstellt. Seine Glieder hängen schlaff hinunter, oft ist auch im Gesicht eine kleinere Lähmung bemerkbar. Der Hirnschlagpatient ist in seinem Bedürfnis nach Aesthetik verletzt. Er fühlt sich hässlich. Der Anblick seines Äusseren im Spiegel bedeutet für ihn eine Kränkung. Er, der einst über einen wohlgeformten Körper verfügte, er, der gleichmässige Gesichtszüge besass, er ist heute ein äusserlich Unvollkommener. Das Gefühl von äusserlicher Hässlichkeit überträgt sich auf die Psyche des Hirnschlagpatienten. Er fühlt sich auch innerlich nicht mehr 'schön'.

Das Gefühl von Attraktivität, welches noch bis ins hohe Alter ein Motor unseres Selbstbewusstseins bildet, ist verschwunden. Der Hirnschlagpatient fühlt sich - wenigstens in der ersten Zeit seiner Krankheit - physisch-psychisch nicht mehr anziehend. Der ungewohnte Ausdruck seines Körpers empfindet er als fremd, es ist ein Fremd-körper. An diesen entstellten Körper muss sich der Hirnschlagpatient gewöhnen, er muss ihn

akzeptieren. Dieses Akzeptieren gelingt ihm nur langsam.

Auch hier muss ich wiederum eine kulturspezifische Anmerkung machen. Nicht jede Kultur hat die gleiche Vorstellung von Aesthetik und auch der Stellenwert der Aesthetik ist von Kultur zu Kultur verschieden. Unsere Kultur hat ihr Gefühl für Aesthetik zum grossen Teil von der Kunst der Griechen und der Römer übernommen. Die Architektur und auch die Skulpturen aus jener Zeit haben unseren Sinn für Reinheit und Ausgewogenheit geprägt. - Andere Kulturen, zum Beispiel Afrikanische, haben einen anderen Begriff von Aesthetik. Dort werden körperliche Veränderungen, - wie beispielsweise die durch Schmuckbehang massive Vergrösserung der Ohren im Stamm der Masai -, als 'schön' betrachtet. - In unserer, von der griechisch-römischen Darstellung des perfekten Körpers beeinflussten Kultur, gilt ein reines und regelmässiges Körperbild. Körperliche Veränderungen gelten als hässlich. - Heute wird körperliche Ausgewogenheit durch Kleidung und Schminke unterstrichen, aesthetische Unregelmässigkeiten werden wegoperiert.

Ich möchte behaupten, dass gerade in unserer Kultur der (oft künstlich hergestellten) äusseren Ausgewogenheit eine massive körperliche Unregelmässigkeit, wie sie der Hirnschlag hervorruft, besondere psychische Probleme mit sich bringt. Ich glaube auch, dass gerade in einem der saubersten und perfektesten Länder der Welt die ästhetischen Veränderungen einer solchen Krankheit spezifische psychische Folgen haben. Es gibt wohl kaum ein Land auf dieser Erde, wo eine beständig tropfende Nase oder fliessender Speichel, - beides mögliche Folge eines Hirnschlags -, so 'unangenehm' auffallen wie bei uns.

Die psychischen Probleme, welche das veränderte Aeussere des Hirnschlagpatienten mit sich bringen, reichen verständlicher Weise tief in den Beziehungsbereich hinein. Obwohl ich den Beziehungsbereich des Hirnschlagpatienten erst später behandeln möchte, will ich hier auf einen ästhetischen Faktor im Beziehungsbereich hinweisen:

Hirnschlagpatienten haben oft Mühe, in der Oeffentlichkeit

zu ihren körperlichen Veränderungen zu stehen. Sie glauben, - zu Recht oder zu Unrecht -, dass sie in der Gesellschaft durch ihr äusseres Erscheinen unangenehm auffallen. Sie schämen sich für ihren Körper. Es ist jedoch zu bemerken, dass ein Hirnschlagpatient seine eigenen Körperversänderungen nur in der Masse akzeptieren kann, in der sie seine Umwelt akzeptiert. - Auch in der Zweierbeziehung bringen die Körperveränderungen des Hirnschlagpatienten Probleme ästhetischer Natur mit sich. Es gibt Hirnschlagpatienten, welche das Gefühl haben, sie seien für ihren Partner unattraktiv geworden. Es gibt auch Patienten, denen der Partner die mangelnde 'Schönheit' zum Vorwurf macht.

Wir sehen, dass der Verlust der äusseren Ausgewogenheit auf der einen Seite eine Verletzung des ästhetischen Selbstwertgefühls, und auf der anderen Seite durch die äussere Realität bedingte Schwierigkeiten mit sich bringt.

6. Die veränderte Sexualität

Das Ineinanderspielen von Leib und Seele, ihre gegenseitige Abhängigkeit und ihre eigentliche Einheit zeigt sich vor allem in der Sexualität. Seelische Vorgänge haben ihren entsprechenden körperlichen Ausdruck in der Sexualität. Die Sexualität kann demnach Seelisches körperlich umsetzen. Umgekehrt bildet aber die Sexualität etwas Körperhaftes, welches seinen direkten Niederschlag in der Seele findet.

Seitdem Sigmund Freud die Sexualität als körperlichen Ausdruck der Psyche erkannt hat, wissen wir auch, wie wichtig die Befriedigung sexueller Triebe für die Psyche des Menschen ist. Eine ausgeglichene Sexualität trägt zu einem seelischen Gleichgewicht bei. Adäquat ausgelebte sexuelle Triebe, - wobei 'adäquat' nicht 'normal' meint, sondern 'adäquat' in Bezug auf eine bestimmte Persönlichkeit -, tragen dazu bei, dass ein Mensch körperlich und seelisch befriedigt ist. Adäquate sexuelle Betätigung stützt die Ich-Stärke des Menschen, sie stützt sein Selbstvertrauen. In der körperlichen Vitalität des sexuellen Aktes empfindet der Mensch seine leib-seelische Vitalität, seine leib-seelische Stärke.

Die Sexualfunktion des Hirnschlagpatienten ist, sofern das Sexualzentrum im Gehirn vom Schlag tangiert wurde, reduziert oder sogar ausgelöscht. Viele Hirnschlagpatienten müssen sich deshalb zusätzlich zu den bisher besprochenen körperlichen Symptomen dieser Krankheit auch mit dem Verlust der Sexualfunktion befassen. - Je nach Alter des Patienten spielt dieser Verlust eine grössere oder kleiner Rolle. Sehr alte Hirnschlagpatienten, welche ohnehin nur ein geringes sexuelles Verlangen haben, leiden unter diesem Symptom nicht allzu stark. Für jüngere Hirnschlagpatienten, - aber auch für gewisse ältere Patienten -, bedeutet die Unfähigkeit, sich sexuell betätigen zu können, ein Problem.

Der Hirnschlagpatient, dessen Sexualfunktion gestört wurde, fühlt sich - nicht nur was seine Glieder betrifft - lahm. Auch sexuell ist er gelähmt. Das Gefühl, nun auch psychisch lahm zu sein, - eine Einstellung, welche wir schon als Folge der Halbseitenlähmung aufgeführt haben -, wird durch die sexuelle Lähmung verstärkt.

Männliche Hirnschlagpatienten werden von diesem Problem besonders tangiert. 'Männlichkeit' hat sich seit jeher in der Potenz des Mannes gezeigt. Im Unterschied zum Körper der Frau ist die sexuelle Bereitschaft beim Mann klar ersichtlich. Wohl deshalb ist der Beweis seiner sexuellen Potenz für den Mann wichtiger. Ein Mann verbindet mit seiner sexuellen Potenz ein Gefühl von Macht und Kraft. - Ist ein männlicher Hirnschlagpatient nun impotent, so fühlt er sich psychisch sehr schwach. Er hat eine seiner wesentlichsten Möglichkeiten, sich selbst Stärke zu beweisen, verloren. Durch die Immobilität, welche dem Schlaganfall folgte, fühlte er sich schon geschwächt. Der Verlust der sexuellen Aktivität nun führt ihm seine Schwäche noch konkreter vor Augen.

Für Hirnschlagpatienten beider Geschlechter bedeutet der Verlust der sexuellen Aktivität eine Verletzung des Selbstwertgefühls. Im sexuellen Akt fühlte sich ein Mensch begehrt. Im sexuellen Akt konnte er aber nicht nur den Partner spüren, er konnte auch sich selbst spüren. Diese beiden Funktionen haben sein Selbstbewusstsein gestärkt. Der Hirnschlagpatient, dessen Selbstwertgefühl ohnehin schon geschwächt ist, verliert hiermit ein weiteres Instrument zur Stärkung seines Selbstbewusstseins.

Es ist ein Verlust von Lust, ein Verlust von etwas Lustigem. Psychisch drückt sich dies durch allgemeine Unlust aus. Wir haben eingangs erwähnt, Sexualität sei ein psychischer Stabilisator. Diesen Stabilisator verliert der Hirnschlagpatient, was sich in einer verstärkten Stimmungslabilität bemerkbar macht.

Mit dem Verlust der sexuellen Potenz geht für den Hirnschlagpatienten aber auch eine wichtige Kommunikationsmöglichkeit verloren. Wir werden die Beziehungsprobleme des Hirnschlagpatienten später näher durchleuchten. Es ist jedoch hier schon zu erwähnen, dass der Verlust der sexuellen Potenz besonders bei jüngeren Paaren den leib-seelischen Ausgleich tangiert. Sicher muss sich jede Partnerschaft früher oder später mit dem Abklingen der sexuellen Kommunikation auseinandersetzen. Wo sich bei gesunden Paaren diese Umstellung aber allmählich einstellt, tritt bei Hirnschlagpatienten und deren Partnern diese Veränderung von einem Moment auf den anderen ein.

Auch für Patienten, deren sexuelle Potenz durch den Schlaganfall nicht beeinträchtigt worden ist, bildet die Sexualität ein Problem. Denn ihnen, die sie noch sexuell aktiv sein könnten und die sie die sexuelle Aktivität zur Festigung ihres angeschlagenen Selbstbewusstseins benötigen würden, ihnen verweigert sich in vielen Fällen der Partner. Es gibt Partner von Hirnschlagpatienten, welche die Körperveränderungen des Patienten derart stören, dass sie keinen sexuellen Austausch mehr mit ihm pflegen können. Für diese Haltung hat der Hirnschlagpatient meistens kein Verständnis. Seine Minderwertigkeitsgefühle sind ohnehin sehr gross. Die Tatsache nun, dass er mit seinem Partner nicht mehr sexuell kommunizieren darf, weil er im Partner ein Gefühl des Ekels auslöst, muss ihn deprimieren.

DER ASPEKT DER BEGEGNUNG

"Seelisches Sein ist nicht nur eine Eigenschaft von Ich und Du, sondern es ist auch die Wirklichkeit unserer gegenseitigen Beziehungen. ... In der Begegnung zeigt sich uns seelische Wirklichkeit als solche." (Von Uslar 1972)

In der Begegnung zeigt sich die seelische Wirklichkeit des Hirnschlagpatienten. In der Begegnung mit seiner Umwelt drückt sich die Psyche des Hirnschlagpatienten aus. Seine Beziehungswelt ist durch seine Krankheit geprägt. In der Umstrukturierung seiner Beziehungen und in deren Neuformulierung erlebt er die psychischen Folgen seiner Krankheit. Im Moment der Begegnung wird sich der Hirnschlagpatient der psychischen Wirklichkeit seines Zustandes gewahr.

Wenn ich nun im ersten Teil dieses Kapitels begegnungs-hemmende Krankheitsfolgen bespreche, so werde ich die vielleicht wichtigste begegnungs-hemmende Krankheitsfolge nicht mehr speziell erwähnen: die Lähmung. Ich meine, dass wir unter dem Aspekt der Leiblichkeit die sozialen Folgen der Lähmung schon genügend beschrieben haben. Wir können hier nochmals zusammenfassend sagen, die Lähmung erschwere gesunde Kontaktmöglichkeiten, weil sie den Patienten in seiner Offenheit verletzt. Ein nur bedingt offener Mensch kann sich nur bedingt sozial verhalten.

Zudem führt die Lähmung zu einer speziellen Form von Beziehungen zur Umwelt. Es ist eine Form von Beziehungen, die durch Abhängigkeit geprägt ist. - Die starke Abhängigkeit des Hirnschlagpatienten von seinem Mitmenschen drückt seinen Begegnungen einen einschränkenden Stempel auf. Seine Beziehungswelt verliert dadurch ein gewisses Moment der unbelasteten Spontaneität. Er kann seinem Mitmenschen nicht mehr frei gegenübertreten, denn er ist von ihm abhängig. Sein Gegenüber ist keine Möglichkeit sein Gegenüber ist eine Notwendigkeit.

Der Hirnschlag wirkt sich nun aber nicht nur aufgrund der Lähmungserscheinungen kontakthemmend aus. Er kann weitere Symptome hervorbringen, welche sich im Sozialbereich als hinderlich erweisen. Auf diese wollen wir nun näher eingehen.

1. Begegnungs-hemmende Krankheitsfolgen

a. Die Sprachlosigkeit

Ein mögliches Symptom, welches der Hirnschlag auslösen kann, ist die Unfähigkeit zu Sprechen, die Aphasie. Menschen, die in ihrer linken Hirnhemisphäre, in welcher sich das Sprachzentrum befindet, betroffen wurden, verlieren durch den Hirnschlag meistens ihre Sprache. Oft ist die Sprechunfähigkeit nur ein passagères Symptom, welches sich mit Hilfe der logopädischen Therapie zurückbildet. Es gibt aber auch Hirnschlagpatienten, welche das Sprechen nicht mehr erlernen können.

Die Sprache bildet unser wichtigstes Kommunikationsmittel. Sprechend begegnen wir dem Mitmenschen. Wenn wir ihn begrüßen, so sind die paar Worte, die wir austauschen, wichtiger als der begleitende Händedruck. Auch bei der Arbeit, beim Einkauf, auf der Strasse, beim Rendez-Vous, immer gebrauchen wir Sprache. Zudem stehen wir in der heutigen Zeit in einer relativ grossen Abhängigkeit von einem sprachlichen Kommunikationsmedium: dem Telephon.

Die Sprache bildet das am vielfältigsten ausgebildete Kommunikationsmittel des Menschen. Seine Freuden, seine Aengste, seine Sorgen, die Gefühle, welche ihn bewegen, drückt er sprachlich aus. Durch seine Sprachlichkeit kann sich der Mensch offenbaren, durch seine Sprachlichkeit kann er begegnen.

"Wie das Werkzeug bestimmte Funktionen übernimmt, so übernimmt die Sprache den menschlichen Weltkontakt." (Plessner 1976)

Ein Mensch, welcher nach einem Hirnschlag zum ersten mal zu Bewusstsein kommt, ist verängstigt. Mit Schrecken muss er fest-

stellen, dass etwas Gewaltiges mit ihm geschehen ist. Der Hirnschlagpatient, welcher zusätzlich noch die Sprache verloren hat, kann seinem Schrecken nicht einmal Ausdruck verleihen. Nicht nur seine Glieder sind gelähmt, auch seine Sprechfähigkeit ist gelähmt. Die Angst, welche er verbal ausdrücken möchte, wird durch die Unfähigkeit, sie auszudrücken, verstärkt.

Liest man Selbstberichte von Apathikern (in Gardner 1975), so stellt man fest, dass der Verlust der Sprache Verzweiflung und Panik auslöst. Solche Selbstberichte konnten nur von Apathikern verfasst werden, welche die Sprechfähigkeit wieder erlangten. Was in Menschen vorgeht, welche für den Rest ihres Lebens die Sprache verloren haben, wissen wir nicht, wir können es nur ahnen. Es muss ein Gefühl der Einengung, des Eingeschlossen-Seins und des Allein-Seins sein.

Der Apathiker ist ein Einsamer. Seine Umwelt kümmert sich wohl um ihn, vielleicht kümmert sie sich mehr denn je um ihn. Er aber fühlt sich isoliert. Meistens weiss ein solcher Patient genau, was er seiner Umgebung eigentlich mitteilen möchte. Sein Wille besteht, seine Gedanken sind klar. Versucht er jedoch, diese Gedanken mitzuteilen, so scheitert er. Mit ein paar wenigen Worten, die ihm vielleicht geblieben sind und die er mangels eines grösseren Wortschatzes falsch verwendet, versucht er sich seiner Umwelt mitzuteilen. Diese aber versteht ihn nicht. Es fehlt der Umgebung 'das Verständnis' für ihn. Er möchte jedoch verstanden werden. Deshalb versucht er immer wieder, seine Gedanken sprachlich mitzuteilen. Spürt er dann, dass es ihm nicht gelingt, verstanden zu werden, so tritt eine grosse Enttäuschung ein. Er ist dann über sich und seine Unfähigkeit zu Sprechen enttäuscht. Diese Enttäuschung wird für manche apathische Hirnschlagpatienten so gross, dass ein grosser Wutausbruch folgen kann.

Für die Umgebung eines Apathikers ist dieser Zustand auch problematisch, sich mit dem Nächsten nicht verständigen zu

können. Es ist eine unangenehme Situation, wenn man einen Partner zu verstehen versucht und immer wieder realisieren muss, dass einem seine Gedanken und Gefühle verborgen bleiben. Es besteht die Gefahr, dass als Folge der fehlenden sprachlichen Kommunikation aneinander 'vorbeigeredet' wird. Durch das Nicht-verstehen entstehen Miss-verständnisse. Es ist offensichtlich, dass ein solcher Zustand zu Spannungen innerhalb einer Familie führen muss.

Eine weitere Gefahr im Kontakt mit einem sprechunfähigen Hirnschlagpatienten ist, dass man in seiner Gegenwart über ihn spricht, wie wenn der Patient nicht anwesend wäre. Dabei übersieht man, dass dieser Patient sich wohl verbal nicht mehr ausdrücken kann, dass er aber hören kann und immer noch ein Mensch mit Gefühlen ist. Ein Mensch mit besonders intensiven Gefühlen.

Ist das Sprachzentrum des Menschen verletzt, so tangiert dies noch zwei weitere Kommunikationsmöglichkeiten: das Lesen und das Schreiben.

Es ist demnach nicht möglich, dass der sprechunfähige Hirnschlagpatient seine Gedanken und Gefühle uns schriftlich mitteilen kann. Auch dieser Kanal ist blockiert.

Wir sehen, dass dem aphasischen Hirnschlagpatienten beinahe sämtliche Möglichkeiten zur Kommunikation genommen wurde. Er ist deshalb arm an Kommunikation. Nur durch seine Mimik - sein Lächeln, seine Tränen - und durch seine Handbewegungen kann er seiner Umgebung etwas mitteilen.

Im Kontakt mit dem Aphasiker ist es wichtig zu wissen, dass dieser sich aus den nun beschriebenen Gründen alleine fühlt. Wir sollten ihm deshalb durch unsere Gegenwart das Gefühl geben, dass wir 'mit ihm sind'. Oft ohne dazu Worte zu verwenden, können wir einem Sprechunfähigen das Gefühl geben, dass er nicht alleine ist.

b. Die reduzierte Intelligenzfunktion

Um mit einem Menschen in eine Beziehung treten zu können, benötigen wir Intelligenz. Ich spreche hier nicht über 'intelligente' und 'unintelligente' Beziehungen. Hier geht es darum festzustellen, dass gewisse Intelligenzfunktionen unseres Gehirns vorhanden sein müssen, damit wir einem Menschen wirklich 'begegnen' können.

Unsere Intelligenz setzt sich aus verschiedenen Intelligenzfunktionen zusammen. Diese sind bei einem gesunden Menschen alle vorhanden, wobei deren Stärke individuell verschieden ist. - Es gibt Menschen, bei denen beispielsweise das operative Denken ausgeprägter ist als das verbale Denken. Es gibt Menschen, welche schlechte Rechner sind, jedoch über ein breites Allgemeinwissen verfügen. - Bei einem gesunden Menschen sind diese Nuancierungen, welche ihn in seiner Lebensgestaltung nur wenig stören. Es sind dies individuelle Unterschiede, welche die verschiedenen Begabungen einer Gesellschaft ausmachen. - Selbstverständlich sind solche Intelligenzfunktionen nicht nur von Geburt an entweder stark oder schwach. Jede Intelligenzfunktion kann gefördert werden. Dies ist eine Erkenntnis, welche für therapeutische Belange, wie wir sie im zweiten Teil dieser Arbeit besprechen werden, eine wesentliche Voraussetzung bildet.

Der Hirnschlag kann Intelligenzfunktionen vermindern oder gar zerstören. Besonders im Kontaktbereich erweisen sich solche reduzierten Intelligenzfunktionen als hinderlich.

So ist ein Hirnschlagpatient, welcher über eine stark reduzierte Konzentrationsfähigkeit verfügt, in der Kommunikation mit seiner Umwelt gehemmt. Am Verlauf eines Gespräches kann er nicht partizipieren, weil er sich nicht auf das Gespräch konzentrieren kann. - Auch für den Gesprächspartner bedeutet die Konzen-

trationsschwäche des Patienten eine Schwierigkeit. Die sprunghaften Äußerungen des Patienten erschweren es dem Gegenüber, eine gewisse Ruhe in einer Beziehung aufkommen zu lassen.

Eine weitere Intelligenzfunktion, die bei Hirnschlagpatienten gestört sein kann, ist die Auffassung. Besitzt ein Mensch eine geringe Auffassung, so wirkt sich dies auch auf seine Beziehungsfähigkeit aus. Es gibt Hirnschlagpatienten, welche mangels Auffassungsgabe soziale Situationen nicht mehr richtig einschätzen können. In einem Geschäft können sie nicht begreifen, dass sie bezahlen müssen. Wenn ihnen ein Bekannter einen Witz erzählt, so können sie die Pointe nicht verstehen. Sie weigern sich, Medikamente einzunehmen, weil sie den Grund dafür nicht einsehen können. - Es besteht die Gefahr, dass solche Hirnschlagpatienten mit der Zeit von der Umwelt vernachlässigt werden, denn die Umgebung hat selten das Verständnis und die Geduld für solche Auffassungsstörungen. Ein solcher Patient aber leidet sehr darunter, dass er gemieden wird. Er kann dies meistens nicht verstehen, denn auch zu dieser Einsicht fehlt ihm die Auffassungsgabe.

Auf eine weitere Intelligenzfunktion, das Gedächtnis nämlich, werde ich unter dem Aspekt der Zeitlichkeit näher eingehen. Wenn wir hier aber über die Beeinträchtigung zwischenmenschlichen Kontakts aufgrund einer reduzierten Intelligenzfunktion sprechen, so muss auch das Gedächtnis kurz aufgeführt werden. Hirnschlagpatienten, deren Gedächtnis durch den Schlaganfall geschwächt wurde, sind nur bedingt beziehungsfähig. Sie können nur sehr schwer stabile Beziehungen unterhalten, denn in ihrer Erinnerung fehlt meistens die Geschichte der Beziehung. Treffen sie einen Bekannten, so wissen sie nicht mehr, wo und wann sie ihn zum letzten Mal gesehen haben. - Patienten mit Gedächtnisschwäche leiden unter diesem Mangel. Sie spüren, dass sie im Kontakt mit der Umwelt nur immer das Hier und Jetzt bewusst erleben können, während der Speicher für das Vergangene fehlt.

Für den Mitmenschen ist diese Funktionsschwäche des Hirnschlagpatienten auch problematisch. Im Kontakt mit diesem Patienten muss man immer wieder feststellen, dass gemeinsam Erlebtes und gemeinsam Besprochenes vergessen wurde. Die gefährliche Frage taucht auf: Lohnen sich denn meine Kontaktbemühungen, wenn dieser Patient in ein paar Stunden unsere Begegnung ohnehin vergessen haben wird?

Hier ist eine Erkenntnis wichtig, welche ich im Kontakt mit gedächtnisschwachen Hirnschlagpatienten gemacht habe:

Jede Begegnung hinterlässt nicht nur intellektuell gespeicherte Erinnerungen, sie hinterlässt auch emotionale Inhalte.

Der Patient mit einer Gedächtnisschwäche kann sich zumindest gefühlsmässig 'erinnern'. Kommt ihn ein Bekannter besuchen, so weiss er vielleicht nicht mehr, ob dieser in letzter Zeit bei ihm war, aber er kann mit seinem Gefühl sagen, ob diese Beziehung stabil und intensiv ist.

c. Die reduzierte Wahrnehmung

"Dabei ist die Wahrnehmung nicht nur eine solche von Gegenständen, sondern auch die Wahrnehmung, die wir voneinander haben. Sie ist das Herzstück der Begegnung." (Von Uslar 1972)

Für Begegnung brauchen wir Wahrnehmung. Wahrnehmung ist das Aufnehmen von Eindrücken mittels der Sinnesorgane. Mit den Augen, mit dem Gehör, tastend und manchmal sogar riechend nehmen wir den anderen wahr. Dank unserer Wahrnehmung können wir begegnen.

Nun möchte ich festhalten, dass ein Hirnschlag nur selten grössere Störungen der Wahrnehmung auslöst. Es gibt jedoch einen Wahrnehmungsbereich, welcher relativ häufig von einem Hirnschlag tangiert wird. Es ist der visuelle Bereich. So wird beispielsweise durch eine Hemianopsie die visuelle Wahrnehmung erschwert. Dem halbseitenblinden Patienten fehlt aufgrund dieser Sehstörung eine Hälfte des Gesichtsfeldes. Dadurch ist er in seinem visuellen Erkennen gehemmt. Sehschwierigkeiten wie diese Halbseitenblindheit beeinträchtigen das Verhalten des Patienten zu seiner Umgebung. Zusätzlich zu seinen multiplen körperlichen Symptomen bildet das mangelnde Erkennungsvermögen einen weiteren Hemmfaktor in der Begegnungswelt des Patienten. Denn wenn ein Mensch nur mit grosser Anstrengung seine Umgebung sehen kann, so hat er auch Mühe, mit ihr in Kontakt zu treten. - Solche Patienten haben wegen ihrer visuellen Störung grosse Mühe mit Lesen. Dadurch fällt ein weiterer Kommunikationsmodus mit der Umwelt weg. Heutzutage erfahren wir von den Aktivitäten der Umwelt hauptsächlich durch die Lektüre der Zeitung. Die Zeitung ermöglicht es uns, unserer Umwelt zu begegnen, ohne ihr in Wirklichkeit begegnen zu müssen. Für den Hirnschlagpatienten, welcher ohnehin etwas isoliert ist, hat diese Art von Kontakt mit der Umwelt grosse Bedeutung. Die Tatsache, dass er seine Zeitung nicht mehr le-

senkann, bedeutet für den Hirnschlagpatienten deshalb einen weiteren Verlust an Begegnungsmöglichkeiten.

Eine andere Beeinträchtigung im Beziehungsbereich bildet eine weitere mögliche Komplikation der visuellen Wahrnehmung: Als Folge eines Hirnschlags kann eine Prosopagnosie auftreten. Es ist dies das Unvermögen, Gesichter zu erkennen. - Für gesunde Menschen ist eine wesentliche Voraussetzung für sozialen Kontakt das visuelle Erkennen des Mitmenschen. Beim erstmaligen Zusammentreffen mit einem Menschen studieren wir, bewusst oder unbewusst, sein Gesicht. Wir ziehen aus diesen Beobachtungen Schlüsse über den Charakter dieses Menschen. Wenn wir diesem Menschen wieder einmal begegnen, so erinnern wir uns meistens aufgrund seines Gesichtsausdruckes, dass wir diesem Menschen schon einmal begegnet sind. Die Umgangssprache kennt die Bedeutung des Gesichts-Gedächtnisses, wenn sie sagt:

"Dies ist ein neues Gesicht für mich!" oder "dieses Gesicht kommt mir bekannt vor!"

Man könnte deshalb sagen, dass wenn wir einem Menschen begegnen, wir vor allem seinem Gesicht begegnen. Sicher bildet deshalb das Unvermögen, das Gesicht eines Menschen zu erkennen, einen zusätzlichen Hemmfaktor für den begegnenden Hirnschlagpatienten.

Glücklicherweise kann der Mensch bei Verlust oder teilweiser Verletzung eines Sinnesorgans die restlichen Sinnesorgane verstärkt einsetzen. Solche kompensatorischen Wahrnehmungsvorgänge kennen wir von blinden Menschen, welche durch Hören, Tasten und Riechen oft sensiblere Menschenkenntnisse besitzen als Menschen, welche auch über die visuelle Fähigkeit verfügen. Auch Hirnschlagpatienten mit der hier beschriebenen Prosopagnosie können so ihren Wahrnehmungsmangel mittels anderer Sinnesorgane kompensieren.

d. Die Depression

Der Hirnschlag kann auch psychopathologische Symptome hervorrufen. So löst er häufig auch depressive Zustände aus. Sie werden allgemein als organische Depressionen eingestuft. Dies bedeutet, dass die depressiven Zustände als eine direkte Folge der Hirnverletzung betrachtet werden und nicht als psychische Reaktion auf das seelische Erlebnis des Hirnschlages angesehen werden.

Es ist aber in der Praxis recht schwer festzustellen, wo eine reine Organdepression vorhanden ist und wo das reaktive Element im Vordergrund steht. Denn wir wissen, dass jeder Hirnschlagpatient erst einmal mit Trauer auf das ihm Geschehene reagiert. - Die Frage, ob eine Depression organisch ausgelöst wurde oder eher eine psychische Reaktion auf die Krankheit darstellt, ist - ausser in der Frage nach der Medikation - vor allem in einem Punkt von Bedeutung: in der Frage nach der Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung. Die organisch bedingte Depression eines Hirnschlagpatienten ist therapeutisch nur gering zu beeinflussen, während eine übermässige Trauerreaktion auf das Geschehene therapeutisch bearbeitet werden kann.

Die organisch bedingte Depression des Hirnschlagpatienten gleicht dem depressiven Bild, welches man allgemein bei Hirnorganikern antrifft:

"Der Patient bricht ohne hinreichende Motive nach ganz geringfügigen traurigen oder frohen und vor allem pathetisch-sentimental gefärbten Eindrücken unwiderstehlich in Tränen aus. Dass er seine Weinerlichkeit nicht unterdrücken kann, empfindet er selbst als umso peinlicher, als der klägliche Ausdruck seiner Gefühle in keinem Verhältnis zu seinem Stimmungszustand steht. Darum ist der Patient oft beschämt und er klagt über diese ihm so lästige Störung." (Schulte & Tölle 1975)

Hier stossen wir nun auf den Aspekt der Begegnung. Die Weinerlichkeit des Hirnschlagpatienten hemmt ihn in zweifacher Hinsicht im Kontakt mit seiner Umwelt. Einmal ist ihm seine Weinerlichkeit selbst unangenehm. Er weiss, dass er damit andere Menschen, welche seine Tränen nicht verstehen können, zurückschreckt. Er weiss, dass er sich mitleiderregend verhält, ohne wirklich Mitleid erfahren zu wollen. Seine Weinerlichkeit bremst ihn deshalb im Aufnehmen von Kontakt.

Zum zweiten behindern die dauernd hervorschiessenden Tränen den Hirnschlagpatienten in seinem Begegnungsbereich, weil diese Tränen auch die Umgebung stark belasten. Für Menschen, die immer mit weinenden Hirnschlagpatienten zusammen sind, bildet dieser Zustand mit der Zeit einen grossen psychischen Druck. Sie brauchen viel Geduld, um mit einem immerzu weinenden Menschen eine Beziehung aufrecht erhalten zu können.

Doch auch depressive Hirnschlagpatienten, welche nicht weinerlich sind, werden durch ihre depressiven Zustände in ihrer Begegnungswelt gehemmt. Das psychopathologische Bild der Depression zeichnet sich unter anderem durch Isolation aus. Der Depressive fühlt sich tatsächlich allein. Selbst wenn sich die Umwelt seiner annimmt, ist er ein Einsamer. Jegliche Initiative, - eine Voraussetzung zur Kontaktaufnahme -, ist ihm abhanden gekommen. In seiner durch Passivität geförderten Einsamkeit ist der Depressive ein Begegnungsloser. So wirkt er auch auf seine Umgebung. Diese spürt, dass der depressive Mensch keine Kontaktbereitschaft ausstrahlt. Die Reaktion der Umgebung ist deshalb oft die, dass sie den Depressiven in seiner selbst bedingten Isolation verharren lässt.

Der Hirnschlagpatient, welcher schon körperlich isoliert ist, fühlt sich durch seine Depression auch psychisch isoliert. Seine körperliche Begegnungsschwierigkeit wird durch eine seelische Begegnungsschwierigkeit verstärkt. Der depressive Hirnschlagpatient ist deshalb in seiner leib-seelischen Situation ein Begegnungs-gehemmter.

e. Die Egozentrik

Die Egozentrik des Hirnschlagpatienten, welche ich noch kurz erwähnen möchte, muss als eine direkte Folge des Hirnschlags betrachtet werden. Es ist jedoch im Einzelfall schwer festzustellen, ob dieses egozentrische Verhalten ein organisch bedingtes oder ein sekundäres Symptom darstellt. Egozentrische Züge können nämlich auch als Folge von depressiven Zuständen oder als Folge einer Intelligenzeinschränkung auftreten.

In unserem Kontakt mit Hirnschlagpatienten ist die Genese des egozentrischen Verhaltens jedoch relativ unbedeutend.

Es ist auffallend, dass Hirnschlagpatienten sich fast ausschliesslich mit sich selbst und ihrem Schicksal beschäftigen. Sie konzentrieren sich auf ihre Krankheit und die damit verbundenen Lebensschwierigkeiten. Diese ego-zentrische Haltung beeinträchtigt sie in ihrer Beziehungswelt. Oft sehen sie den Nächsten gar nicht und ignorieren dessen Verhalten und dessen Gefühle. Ihr Interesse gilt alleine sich selbst. Ein echter Dialog ist kaum möglich, da es für den Hirnschlagpatienten nur ein Thema gibt: seine Existenz, seine Krankheit, seine Probleme. Nicht nur, was den Gesprächsstoff angeht, steht die Ichhaftigkeit des Hirnschlagpatienten im Vordergrund. Auch von den Handlungen seiner Umgebung erwartet der Patient, dass diese ihn betreffen. So erträgt es mancher Hirnschlagpatient schlecht, wenn sich die umgebenden Personen mit jemandem oder etwas anderem beschäftigen als mit ihm.

Wir spüren hier eine mögliche Ursache für die vielfältigsten Beziehungskonflikte. Wir spüren auch, dass dadurch vor allem der Lebenspartner des Hirnschlagpatienten sein eigenes Leben vollkommen in den Dienst des Patienten stellen muss, während er für sich und seine eigenen Bedürfnisse nur mehr wenig Platz besitzt. So verliert für den Partner die Beziehung zum Patienten den wahren Charakter der Begegnung, da das Gleichgewicht in der Begegnung fehlt. Er muss jemandem begegnen, der nur bedingt begegnungsfähig ist.

2. Veränderte Begegnungs-Bereiche

a. Veränderungen in der Familie

Wenn wir uns nochmals nach der Bedeutung des Aspekts der Begegnung fragen, so liegt diese doch in dem Phänomen, dass psychisches Sein nicht nur in sich selbst, sondern ebenso sehr im 'Du' erlebt wird. Im Kontakt mit unserer Umgebung erfahren wir unser seelisches Dasein.

Die engste Umgebung, in der wir unsere Du-haftigkeit erleben, bildet - in unserem Kulturkreis - die Familie. Wir werden in eine Familie hineingeboren. Unsere ersten Kontaktpersonen sind Familienangehörige. Das eigentliche Gefühl für eine Ich-Du-Beziehung im Buber'schen Sinn erfahren wir in der symbiotischen Beziehung zur eigenen Mutter. 'Du'-Sagen, Sprechen und Kommunizieren überhaupt erlernen wir im Rahmen der Familie. Noch bis in die späte Adoleszenz hinein bildet die Familie den wichtigsten Ort der Begegnung.

Im Erwachsenenalter tendiert der Mensch dann dazu, sich einen ähnlichen Rahmen für Begegnung zu schaffen, wie er ihn selbst seit seinem Kindesalter kennt: er gründet eine eigene Familie. Auch hier wiederum erlebt er mehr als anderswo sich selbst als Begegnender. Auch für den Erwachsenen bildet die Familie einen unmittelbaren Spiegel seines psychischen Seins.

Der Hirnschlagpatient erlebt die innerpsychischen Folgen seiner Krankheit in der Familie. Besonders bei seiner Rückkehr aus dem Krankenhaus empfindet er seine psychischen Veränderungen im Rahmen der Familie. Er spürt vielleicht, dass die Familie verändert auf ihn reagiert. Vielleicht zeigt ihm der mitleidvolle Ton der Familienangehörigen, dass er nun als 'Kranker' gilt. Vielleicht spürt er, dass seine körperlichen Veränderungen Gefühle des Ekels in der Familie auslösen. Vielleicht realisiert er gerade in der Familie den Verlust seiner Selbstständigkeit und seine neue Abhängigkeit.

Auch psychische Symptome des Hirnschlags manifestieren sich in ihrer Intensität in der Familie. Im Kontakt mit seinen engsten und konstantesten Beziehungspersonen erlebt der Hirnschlagpatient nämlich, wie unangenehm sich seine veränderte Emotionalität auswirkt. Meistens drücken sich die psychischen Symptome besonders stark im Kreise der gewohnten und vertrauten Umgebung, das heisst im Kreise der Familie aus. Für die Familie bedeuten diese überstarken psychischen Reaktionen eine Belastung.

So löst der vorhin beschriebene immerzu weinende Patient in der Familie ein Gefühl der Hilflosigkeit und des Mitleids aus, welches sich nach einer gewissen Zeit in negative Gefühle dem Patienten gegenüber umwandeln kann. Eine solche Reaktion der Familienangehörigen ist damit zu erklären, dass diese das ständige Weinen des Patienten mit der Zeit als einen Vorwurf gegen sich selbst empfinden und deshalb wütend werden.

Auch die vorhin beschriebene egozentrische Haltung des Hirnschlagpatienten belastet die Familie. Die Ichbezogenheit des Patienten kann sehr dominierend sein und sich auf die restlichen Familienmitglieder erdrückend auswirken.

Als eine weitere psychische Folge des Hirnschlags kann eine gesteigerte Aggressivität auftreten. Patienten, welche durch ihre Krankheit bössartig werden, belasten selbstverständlich ihre Familie schwer. Die Angehörigen empfinden dann solche Aggressionen des Patienten als ungerechtfertigt und fragen sich, ob sie dies bei all ihrer Zuwendung dem Patienten gegenüber 'verdient' hätten.

Relativ wenig Hirnschlagpatienten reagieren als Folge des Hirnschlags euphorisch. Ein solcher euphorischer Zustand gibt ebenfalls Anlass zu Spannungen in einer Familie. Durch seine oberflächliche Art zu kommunizieren und seine undifferenzierte Beziehungsform kann er ein zuvor harmonisches Familienverhältnis zerstören. Gleichzeitig bildet die Verleugnung der eigenen

Krankheit, - was mit dem euphorischen Zustand zusammenhängt -, eine schwere Belastung für die enge Umgebung des Patienten. Es ist schwer, mit einem veränderten Menschen zusammenzuleben, welcher seine eigene Veränderung nicht sieht.

Meistens wird durch den Hirnschlag ein Familiengleichgewicht, das sich über Jahre hinweg gebildet hat, verschoben. Die Rollenverteilung, die in unserer Gesellschaft immer noch relativ starr ist, wird durch diese Krankheit meistens verändert. Plötzlich wird ein Mann, welcher bis anhin im Haushalt untätig war, durch die Krankheit seiner Frau dazu genötigt, den Haushalt selbst zu führen. Plötzlich wird eine Frau, welche sich bis anhin nie mit der ökonomischen Realität befassen musste, mit den Finanzangelegenheiten der Familie konfrontiert. Für die Kinder einer solchen Familie bedeutet dies eine Neuorientierung. Die Erkrankung eines Elternteils bedeutet oft eine Verschiebung der Autoritätsperson. Bei relativ kleinen Kindern bringt dies Probleme der Identifikation mit sich.

Es gibt Hirnschlagpatienten, welche unter dem Rollenwechsel innerhalb der Familie leiden. Sie fühlen sich von ihrer früheren Funktion innerhalb der Familie weggedrängt. Die Tatsache, dass jetzt eine andere Person ihre Position in der Familie übernommen hat, bedeutet für solche Patienten eine schwer zu akzeptierende Realität.

Mir fällt dazu ein Beispiel ein, welches mir die Ehefrau eines Hirnschlagpatienten erzählt hat: Die 13-jährige Tochter der Familie wollte den kranken Vater um eine grössere Anschaffung bitten. Dieser erwiderte in einem sehr deprimierten und resignierten Tonfall, er habe zu solchen Angelegenheiten nichts mehr zu sagen, da nun die Mutter das Geld für die Familie verdiene.

Nun habe ich bis jetzt beschrieben, wie stark die psychischen Veränderungen eines Hirnschlagpatienten im Umgang mit seiner Familie zum Vorschein kommen und wie belastend diese psychi-

schen Veränderungen für seine Familie sein können.

Die Familie hat aber noch eine weitere Bedeutung im Zusammenhang mit Hirnschlagpatienten, welche hier zu erwähnen ist.

Die Familie bildet in vielen Fällen die vertraute Umgebung, welche den Hirnschlagpatienten in 'ihren Schoss' zurücknimmt.

Die Familie bildet in diesem Fall eine Gruppe von Menschen, welche sich um den Patienten kümmert, welche für seine Bedürfnisse sorgt und ihn, wie in gesunden Tagen, in ihrem Kreise aufnimmt. Die Familie bedeutet somit Schutz und Wärme für den Patienten. Doch nicht nur wegen des emotionalen Klimas benötigt der Hirnschlagpatient seine Familie. Auch im praktischen Sinne benötigt er sie: die Familie übernimmt bei Austritt aus dem Krankenhaus die Pflege des Patienten. Somit hat die Familie auch die Verantwortung über das körperliche Wohlergehen des Hirnschlagpatienten inne.

Wie wichtig eine zur Krankheit positiv eingestellte Familie ist, erkennt man erst bei Hirnschlagpatienten, welche schlechte Familienverhältnisse aufzuzeigen haben. - Grosse Probleme in der Lebensbewältigung besitzen solche Hirnschlagpatienten, welche ganz ohne Familie dastehen. Leider sind diese Patienten meistens verloren, wenn nicht im Bekanntenkreis sonstige hilfsbereite Personen existieren.

In kinderlosen oder in solchen Familien, in denen die Kinder schon von zu Hause weggezogen sind, konzentriert sich die Begegnungsproblematik auf die Ehe. Wir werden näheren Einblick in die Ehe eines Hirnschlagpatienten haben, wenn wir im zweiten Teil dieser Arbeit über die Gruppe mit Angehörigen von Hirnschlagpatienten berichten werden. Es sei aber hier schon erwähnt, dass die Ehen der Hirnschlagpatienten eine veränderte Form der Begegnung aufzeigen. Auch hier, wie in den oben beschriebenen Familienverhältnissen, hat sich das Gleichgewicht zwischen den Partnern verschoben. Wo früher ein Ungleichge-

wicht bestand, sind die heutigen Probleme noch grösser:
der vormals stärkere Partner ist nun schwach oder der vormals
schwächere Partner ist nun noch schwächer und abhängiger.
- Ueberhaupt ist die Ehe, welche bis anhin vielleicht eher
legère geführt wurde, zu einer starken gegenseitigen Abhäng-
igkeit geworden. Der Kranke kann nicht mehr ohne Partner exis-
tieren, der Partner demnach nicht ohne den Kranken. Diese
neuen Ehestrukturen werfen Probleme auf.
Ich muss jedoch aus meinen Beobachtungen sagen, dass in Ehen,
welche vor dem Schlaganfall des einen Partners gut verlaufen
sind, relativ wenig schwerwiegende neue Probleme auftauchen.
In solchen Ehen aber, welche schon vor der Krankheit schlecht
verlaufen sind, verstärkt sich durch den Hirnschlag die alte
Eheproblematik.

b. Veränderungen im Arbeitsbereich

Den Aspekt der Begegnung erleben wir nicht nur im Familienkreis. Es gibt einen weiteren wichtigen Lebensbereich, in dem wir begegnen: den Arbeitsbereich.

An der Arbeit erleben wir uns als soziales Wesen. Der grössere Teil unserer sozialen Interaktionen vollzieht sich am Arbeitsplatz. Die Erkenntnis, dass wir im Kontakt mit unserer Umwelt uns und unser psychisches Sein erleben, gilt zweifellos auch für den Arbeitsbereich. An der Arbeit werden wir gezwungen zu kommunizieren. Die Kommunikation an der Arbeit befasst sich aber nicht nur mit der Arbeit, sondern auch mit dem Anderen und mit uns selbst. In unserem Berufsleben erleben wir unsere eigene Zuneigung zu gewissen Menschen, wir erleben aber auch unsere Ängste und Minderwertigkeitsgefühle gewissen Menschen gegenüber. Unsere Art, an der Arbeit zu kommunizieren, ist deshalb bezeichnend für unsere Art zu begegnen schlechthin und insofern für uns als seelisches Wesen.

Unsere Aktivität im Beruf ist immer personenorientiert. Durch unsere Arbeit helfen wir jemandem, verkaufen wir jemandem, beraten wir jemanden, stellen wir für jemanden her. Es gibt eigentlich keine Arbeit, die man nur für sich selbst verrichtet. Immer ist in unserer Arbeit ein Gegenüber impliziert, welchem wir unsere Arbeit widmen.

Doch wir begegnen durch dieses Tun nicht nur dem Anderen, sondern wir begegnen wiederum uns selbst. Die Befriedigung in der Arbeit ist im Grunde genommen eine Begegnung mit sich selbst, ein Spüren seiner eigenen seelischen Präsenz.

Die meisten Hirnschlagpatienten können ihrem Beruf nicht mehr nachgehen. Einige Wenige können überhaupt noch eine einfachere Arbeit aufnehmen.

Durch den Arbeitsverlust verlieren die Hirnschlagpatienten einen wichtigen Begegnungsmodus. Die Tatsache, dass sie für niemanden mehr eine Arbeit verrichten können, erfüllt sie mit einem Gefühl der Wertlosigkeit. Die Befriedigung, für jeman-

den etwas tun zu können und damit die Befriedigung über sein eigenes Tun, fällt weg. - Der Kontakt an der Arbeit, sei es mit Kollegen oder mit Kunden, fehlt dem Hirnschlagpatienten. Dieser Kontakt verlieh ihm Offenheit. Der Verlust seines Berufslebens unterstützt deshalb sein Gefühl des Eingeschlossen-Seins. Durch den Verlust seines Berufslebens verliert der Hirnschlagpatient eine wesentliche Begegnungsmöglichkeit und damit eine wesentliche Möglichkeit, sich selbst in seinem seelischen Dasein zu spüren.

Der plötzliche Verlust seiner Berufstätigkeit (- im Unterschied zur lange voraussehbaren Pensionierung -) bildet noch weitere Probleme für den Hirnschlagpatienten. Er ist dadurch nicht nur arm an Begegnungen, er ist auch arm an Leistungen. Leisten heisst etwas demonstrieren, leisten heisst beweisen. In unserer Leistungsgesellschaft besteht der Wert des Einzelnen zu einem grossen Teil in seiner Leistung. Dadurch, dass der Hirnschlagpatient nichts mehr leisten kann, fühlt er sich von der Gesellschaft ausgestossen. Die Tatsache, dass er keiner Arbeit mehr nachgehen kann, verstärkt sein durch diese Krankheit ohnehin schon hervorgerufenen Gefühl der Machtlosigkeit und Schwäche.

Durch den Verlust der Arbeitsmöglichkeit entsteht noch ein weiteres, ganz realistisches Problem: Arbeitsverlust bedeutet auch Einkommensverlust. Dank Versicherungen und Renten können sich Hirnschlagpatienten einigermaßen über Wasser halten. Viele Patienten leben aber in finanzieller Sorge.

Jüngere Hirnschlagpatienten, welche keine allzu gravierenden Folgeerscheinungen aufzeigen, können zum Teil wieder eine Arbeit aufnehmen. Nur selten kann der betreffende Patient in seinen alten Beruf zurückkehren. Meistens muss, als Folge der vorhin beschriebenen intellektuellen Einbussen, eine etwas anspruchslosere Arbeit gesucht werden. Es ist nicht leicht, eine adäquate Arbeitsmöglichkeit zu finden.

Wenn dann eine den jetzigen Fähigkeiten des Patienten angemessene Arbeit gefunden wird, so kann man beobachten, dass sich der Patient meistens nur mühsam an die neue Arbeit gewöhnt. Hier kommt nicht nur eine reduzierte Umstellungsfähigkeit des Patienten zum Ausdruck, sondern wieder einmal ein Gefühl der psychischen Verletzung. Das Selbstwertgefühl des Hirnschlagpatienten lässt es nur schwer zu, dass eine in Bezug auf den eigentlichen Beruf des Patienten 'niedrigere' Arbeit aufgenommen wird. Obwohl seine Fähigkeiten vielleicht für die neue Arbeit gerade reichen, fühlt er sich innerlich dieser Arbeit 'überlegen'. Hier stellt sich zu der Schwierigkeit, für einen Hirnschlagpatienten eine angemessene Arbeit zu finden, eine zusätzliche persönliche Schwierigkeit hinzu.

c. Veränderungen im Freundeskreis

Als dritten Kontaktbereich, welcher für das psychische Phänomen der Begegnung wesentlich ist, möchte ich noch den Freundeskreis aufführen.

Im Freundeskreis erlebt der Mensch nochmals eine verschiedene Form der Begegnung als in Familie und Beruf. Während die Familie vielleicht die intimste Form der Begegnung erlaubt, während der Beruf Begegnungen in einem breiteren sozialen Spektrum ermöglicht, zeichnet sich die Begegnung im Freundeskreis durch ihre Flexibilität aus. Sowohl die Kommunikation in der Familie als auch diese im Beruf ist relativ klar strukturiert. Während man die Familie, ist sie einmal gegründet, selten wechselt, während man auch den Arbeitsbereich mehr oder weniger das ganze Leben lang beibehält, trägt der Freundeskreis eher dem momentanen Bedürfnis Rechnung. Er bildet eine relativ ungebundene Begegnungsmöglichkeit. Diese Ungebundene und Flexible macht den Freundeskreis zu einem zentralen Begegnungsbereich. Hier kann der Mensch soziale Befürdnisse ausleben, die er weder in der Familie noch im Beruf unterbringen kann. Er kann gewisse Beziehungen intensivieren, er kann sie auf Spracklamme halten, je nach seiner momentanen psychischen Verfassung. - Der Freundeskreis kommt hier dem Aspekt der Begegnung sehr nahe, denn in eine Begegnung werfen wir unser eigenes seelisches Sein. Der Freundeskreis erlaubt es uns, entsprechend unseres seelischen Zustandes Personen zu wählen, auf die wir Seelisches werfen können.

Dies heisst aber nicht, dass ein Freundeskreis sich durch oberflächliche und blind auswechselbare Kontaktstrukturen auszeichnet. Ein Freundeskreis kann und sollte stabile und differenzierte Beziehungen umfassen. Nur werden diese nicht in einem starren Beziehungsmodus gepflegt. - Der Freundeskreis wäre demnach der soziale Rahmen, welcher flexible und stabile Beziehungsvorstellungen verbinden kann. Gerade deshalb braucht jeder Mensch seinen Freundeskreis.

Es ist nun leider eine Tatsache, dass auch in diesem Bereich der Begegnung der Hirnschlagpatient etwas verliert. Nicht wenige Angehörige von Hirnschlagpatienten haben mir berichtet, dass sich nach dem Schlaganfall des Partners der gesamte Freundeskreis von ihnen abgewendet hat.

Wir spüren hier zwei Probleme heraus: Einmal bedeutet das Abwenden seiner Freunde für den Patienten selbst eine recht grosse Kränkung. Er muss realisieren, dass er als Gesunder und Starker von seinen Freunden geschätzt wurde, während diese ihn jetzt in seiner Krankheit nicht mehr akzeptieren. Doch gerade jetzt hätte er seinen Freundeskreis besonders nötig. Das Flexible und Spielerische an diesem sozialen Rahmen würde dem Hirnschlagpatienten helfen, aus seiner Isolation herauszukommen und durch vielfältigen und spontanen Kontakt mit ihm bekannten Menschen seine Krankheit langsam zu verarbeiten. Er, der er ohnehin ein Eingeschlossener ist, verliert somit, - nach dem Verlust seiner Arbeitskontakte - , die letzte Möglichkeit für offene ausserfamiliäre Begegnungen.

Zum anderen bedeutet die Abwendung des Freundeskreises eine Kränkung für den Ehepartner des Hirnschlagpatienten. Auch er würde in diesem Moment Schutz und Stütze von befreundeten Personen benötigen. Und auch er muss sich fragen, ob er denn nur mit einem gesunden Partner sozial akzeptiert wird.

Es gibt glücklicherweise auch Hirnschlagpatienten, welche über einen Freundeskreis verfügen, der sich in einer solchen Situation gar durch einen intensiveren Kontakt auszeichnet. Ein zu dieser Krankheit positiv eingestellter Freundeskreis gibt einem Hirnschlagpatienten und dessen Partner das wichtige Gefühl, nach wie vor 'dazuzugehören'.

DER ASPEKT DER ZEITLICHKEIT

Nach Von Uslar (1972) ist seelisches Sein nicht nur weltlich, leiblich und gemeinsam, seelisches Sein ist auch zeitlich. Schon die Tatsache, dass sich unser Dasein von einem Nicht-mehr-Dasein abgrenzt, zeigt uns die Bedeutung der Zeitlichkeit. - Das Heutige, das Gegenwärtige besteht nicht nur aus dem Jetzt. Denn im Momentanen ist sowohl die Vergangenheit mit ihrer Geschichte enthalten als auch das Zukünftige und Unge- wisse. Wir können in diesem Sinne das, was wir jetzt gerade erleben, nie ohne den vergangenen und den zukünftigen Aspekt dieses Erlebten betrachten. Denn während wir etwas erleben, empfinden wir auf dem Boden des schon zuvor Erlebten und ver- halten uns dementsprechend. Während wir etwas erleben spüren wir aber auch schon das Zukünftige mit seinen vielfachen Mö- glichkeiten; unser Erleben wird von Wünschen und Ängsten ge- prägt, welche die Zukunft betreffen. Ein psychisches Geschehen bewegt sich also in der zeitlichen Dimension, unsere Psyche ist zeitlich.

Es gibt nun Ereignisse, welche uns in ihrer momentanen Inten- sität zugleich Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft bildhaft vor Augen halten. Solche Ereignisse haben einschneidenden Charakter, sie setzen eine Zäsur. In ihrer meist überraschen- den Plötzlichkeit demonstrieren sie gleichzeitig Vergangen- heit, Gegenwart und Zukunft.

Ein Unfall bildet beispielsweise eine solche zeit-hafte Zäsur. Wir kennen aus Beschreibungen oder eigener Erfahrung das psychische Erlebnis des Verunfallens: im Moment des Unfalls spürt der Verunfallende, dass in der unmittelbaren Vergangen- heit etwas falsch verlaufen ist, er spürt die gegenwärtige Unfähigkeit, das Unvermeidliche aufzuhalten und er spürt gleich- zeitig, dass er in unmittelbarer Zukunft ein Verunfallter sein wird.

Die bedeutendste zeit-hafte Zäsur bildet der Tod. Stirbt ein uns nahestehender Mensch, so erkennen wir Vergangenes, Gegenwärtiges und Zukünftiges als psychische Einheit. Wir denken an die Geschichte dieses Menschen, an seine Art und Weise, wie er bis vor wenigen Minuten auf dieser Welt war. Jetzt aber stehen wir vor einem leblosen Körper, welcher zwar in der Vergangenheit die Gestalt einer lebenden Person darstellte, nun aber nur noch deren Hülle bedeutet. Gleichzeitig stellen wir uns die Frage: wo ist die Zukunft dieser Person? Gibt es überhaupt noch Zukunft für diesen leblosen Menschen? - Auch der eigene Tod scheint, folgt man den neueren Ergebnissen der Sterbeforschung (siehe z.B. Moody 1978), ein solches zeit-haftes Zäsur-Erlebnis zu bilden. Im Moment des Todes, so beschreiben es klinisch für tot erklärte und wieder reanimierte Menschen, ziehe nochmals das ganze vergangene Leben wie ein Film an einem vorbei. Was die Gegenwart betrifft, so realisiere man: ich sterbe. Gleichzeitig empfinde man schon Zukunft: man spüre ein Licht, dem man entgeschwebe. Selbst wenn wir heute solchen Sterbetheorien noch mit einer gewissen Skepsis entgentreten, so können wir doch zumindest in einem Punkt beistimmen: Der Tod stellt als zeit-hafte Zäsur beinahe bildlich die Zeitlichkeit des Menschen dar.

Wir haben nun das zeitlich Einschneidende des Unfalls und des Todes beschrieben. Auch der Hirnschlag stellt eine solche zeit-hafte Zäsur dar. Irgendwo bedeutet für den Hirnschlagpatienten seine Erkrankung auch einen Unfall: zwar ist ihm kein Dachziegel auf den Schädel gefallen, doch empfindet es der Hirnschlagpatient so, als ob ihm etwas auf den Kopf gefallen wäre. - Dass der Hirnschlag auch etwas Todesähnliches an sich hat, haben wir schon unter dem Aspekt der Weltlichkeit beschrieben: viele Patienten haben im Augenblick des Hirnschlags das Gefühl, sie würden sterben.

Wir sehen in diesen beiden Vergleichen, dass auch der Hirnschlag eine solche zeit-hafte Zäsur darstellen muss. Auch der Hirnschlag bedeutet ein einschneidendes Zeit-Erlebnis.

Der Hirnschlag leitet innerhalb von Sekundenbruchteilen eine neue Zeit ein. Mit der gegenwärtigen Wucht des Schlages schiebt er das bisherige Leben endgültig in die Vergangenheit und prägt auf unausweichliche Art die Zukunft.

Wir wollen nun den Moment des Hirnschlags als das Zusammentreffen der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft eines Menschen betrachten.

1. Die Vergangenheit

Wir wissen, dass der Hirnschlag die Persönlichkeit eines Menschen verändern kann. Wir haben in den vorhergehenden Kapiteln beschrieben, welche psychischen Veränderungen als Folge des Hirnschlags auftreten können.

Betrachten wir nun dieses Phänomen unter dem Aspekt der Zeitlichkeit, so müssen wir den Hirnschlag als zeitlichen Trennpunkt zwischen der eigentlichen Persönlichkeit des Patienten und einer veränderten Persönlichkeit ansehen. Der Hirnschlag bildet in diesem Sinne den Umschlag von der prämorbidem Persönlichkeit zur morbidem Persönlichkeit.

Diese prä-morbide Persönlichkeit, welche also die 'vergangene' Persönlichkeit meint, hat ihren starken Einfluss auf die 'jetzige', morbidem Persönlichkeit des Patienten. Dies schon deshalb, weil glücklicherweise ein Mensch nach einem Hirnschlag nur selten einen völlig veränderten Charakter besitzt. Meistens sind die wesentlichsten Charakterzüge noch vorhanden.

Aber auch die Charaktereigenschaften, welche nach dem Hirnschlag durch ihre Heftigkeit auffallen, sind selten ganz neu. Meistens handelt es sich um Eigenschaften, welche schon prä-morbid tendenziell vorhanden waren und durch die Krankheit verstärkt wurden. Der Hirnschlag bringt in diesem Sinne weniger eine Charakterveränderung als eine Charakterverstärkung mit sich.

Gardner (1975) hat gezeigt, dass ausgesprochen 'schwierige' Hirnschlagpatienten und ausgesprochen 'böartige' Hirnschlagpatienten schon vor ihrer Krankheit - in weniger ausgeprägter Form - solche Charakterzüge aufwiesen.

Um die heutigen Reaktionen eines Hirnschlagpatienten zu verstehen müssen wir uns deshalb immer auch mit seiner prämobiden Persönlichkeit auseinandersetzen. Denn nur im Verstehen der im Lebensabschnitt vor der Krankheit entwickelten Persönlichkeit können wir uns mit der heutigen Persönlichkeit des Hirnschlagpatienten befassen.

Um im einzelnen Fall Aufschlüsse über den prämobiden Charakter zu erhalten, genügt es nicht immer, den Hirnschlagpatienten selbst nach seinen früheren Eigenschaften auszufragen. Meistens können uns die Angehörigen eine Schilderung der prämobiden Persönlichkeit geben, so dass wir uns ziemlich genau die früheren Charaktereigenheiten des Patientenvorstellen können.

Tatsächlich zeigte sich in solchen Gesprächen, dass heute auffällige Charakterzüge schon vor der Krankheit in weniger ausgeprägter Form vorhanden waren.

Als Beispiel möchte ich den Bericht einer Ehefrau aufführen, deren Gatte nach dem Hirnschlag durch cholerische Wutausbrüche auffiel. Die Frau erzählte uns, dass der Patient schon vor Krankheitsausbruch von Zeit zu Zeit plötzliche Wutanfälle hatte. Durch den Hirnschlag hätten diese sich aber verstärkt. Für das gehäufte Auftreten solcher Wutausbrüche glaubt die Ehefrau einen Grund zu kennen: Vor der Erkrankung war ihr Mann ein sehr intelligenter und hochdifferenzierter Mensch, welcher sich in jeder Lebenssituation zu helfen wusste. Heute nun, nachdem er vom Hirnschlag getroffen wurde, sind seine geistigen und körperlichen Fähigkeiten derartig reduziert, dass er ein völlig abhängiger Mensch geworden ist. In Momenten, so behauptet die Ehefrau, in welchen dieser Patient sein grosses Defizit realisiert, reagiert er nun mit einem heftigen Wutanfall.

Wir kennen hier die Bedeutung der prämobiden Persönlichkeit in zweifacher Hinsicht: erstens sehen wir die heute auffälligen Wutausbrüche des Patienten in einem anderen Licht, wenn wir von seiner früheren Tendenz zu cholerischen Anfällen wissen.

Zweitens verstehen wir diese Ausbrüche besser, wenn wir vom früheren geistigen Niveau des Patienten gehört haben und somit seine Wutanfälle als eine Aeusserung der Frustration über die verlorenen Fähigkeiten betrachten können.

Hier stoßen wir auf ein allgemein vergangenheitsbezogenes Phänomen, welches auch losgelöst vom Problem der prämorbidem Persönlichkeit betrachtet werden kann. Es ist dies der Vergleich von 'jetzt' zu 'früher'.

Ein vom Hirnschlag getroffener Mensch wird zu der Erkenntnis gezwungen, dass sein bisheriges Leben ein abgeschlossenes Kapitel darstellt. Dieses bisherige Leben wurde durch den Hirnschlag plötzlich in ein 'früher' verwandelt. Der Hirnschlagpatient bezieht sich stark auf 'früher'. Seine Trauer, seine Sehnsucht, oft aber auch die Schuldfrage bezüglich des Krankheitsausbruches ist auf das 'Frühere' bezogen. Diese Vergangenheit wurde durch den Hirnschlag zur endgültigen Vergangenheit. Endgültig vergangen in dem Sinne, dass im Hier und Jetzt die Möglichkeit völlig ausgeschlossen ist, das Vergangene in ähnlicher Form nochmals erleben zu können. Wenn ein Gesunder von 'früher' spricht, so heisst dies nicht unbedingt, dass es für ihn nicht mehr wiederholbar ist. Spricht aber ein Hirnschlagpatient von 'früher', so spricht er von etwas endgültig Vergangenenem.

Hirnschlagpatienten sprechen besonders oft von 'früher'. Bei Hirnorganikern ist es ein bekanntes Phänomen, dass das Frisch-Gedächtnis abgebaut ist, während das Alt-Gedächtnis im Vordergrund steht. Es ist erstaunlich jemandem zuzuhören, welcher zwar nicht mehr weiss, wo er sich gestern befand, jedoch mit einer verblüffenden Präzision von Geschehnissen erzählen kann, welche vielleicht vierzig Jahre zurückliegen. - Hirnschlagpatienten, bei denen das Alt-Gedächtnis auf diese Art im Vordergrund steht, leben eigentlich immer in der Vergangenheit.

Leider realisieren solche Patienten oft nicht, dass diese Vergangenheit längst vorbei ist. Dies erschwert das Akzeptieren der jetzigen Situation. Die Arbeit mit solchen Hirnschlagpatienten wird durch diese mangelnde Einsicht betreffend der gegenwärtigen Situation erschwert. Es ist ein mühsamer und oft schmerzlicher Weg, bis ein solcher Patient sich bewusst wird, dass das Vergangene der Vergangenheit angehört.

- Nun existieren auch seltene Fälle von Hirnschlagpatienten, welche durch diese Krankheit ihr ganzes Gedächtnis verloren haben. Der Verlust der Erinnerungsfähigkeit bedeutet für einen solchen Menschen den Verlust der Vergangenheit. Ein Mensch, welcher in der Gegenwart lebt und seine Vorgeschichte nicht kennt, ist ein seelisch stark begrenzter Mensch.

Der Mensch ist an sich ein geschichtliches Wesen. Unser ganzes heutiges Dasein können wir nicht ohne die Kenntnis unserer Vergangenheit verstehen. Sigmund Freud hat mit aller Deutlichkeit gezeigt, wie sehr die Psyche des Menschen ein Resultat vergangener Erlebnisse darstellt. - Mit dem Verlust des Gedächtnisses verliert ein Mensch somit auch die Erklärbarkeit seines gegenwärtigen Daseins.

Das Vergessen von Erlebtem bedeutet also gleichsam ein Vergessen seiner selbst. Boss (1975) beschreibt diese 'Selbstvergessenheit', wenn er sagt:

"Jedes Vergessen von etwas bedeutet stets ein Stück Selbstvergessenheit mit. Denn wenn mir etwas entfällt, kommt mir auch mein Bezug zu ihm abhanden. Die Beziehungen zu dem in die Welt-offenheit meines Existierens hinein Anwesenden sind es aber, die mein Da-sein und Selbst-sein ausmachen. Darum gehe ich mir als menschliche Existenz selber immer in dem Masse verloren, in dem mir Anwesendes entfällt und ich es vergesse."

Das Vergessen seiner eigenen Vergangenheit bringt eine gewisse Hilflosigkeit in der Gegenwart mit sich. Mein heutiges Verhalten basiert auf Tausenden von Erfahrungen, welche ich in meiner Vergangenheit gemacht habe. Sicherlich sind gewisse heutige Verhaltensweisen genügend konditioniert, sodass ich für deren Ausübung kein aktives Erinnerungsvermögen mehr brauche. Für schwierige und hauptsächlich für neue Verhaltensaufgaben brauche ich jedoch die Erinnerungsfähigkeit, die mir erlaubt, ähnliche vergangene Verhaltensaufgaben als Ausgangslage zur Bewältigung der gegenwärtigen Verhaltensaufgabe zu benützen. Ein Mensch, welcher das Gedächtnis verloren hat, kann sich so-

mit in vielen gegenwärtigen Situationen nicht behaupten. Die Tatsache, dass er in der Vergangenheit Erlebtes vergessen hat, macht ihn deshalb bezüglich der Gegenwart hilflos.

Patienten, welche ihr Gedächtnis verloren haben, können in den meisten Fällen mit der Zeit zumindest ein gewisses Mass an Erinnerungsvermögen wiedergewinnen. Es muss ein faszinierender Vorgang sein, wenn ein Mensch langsam wieder in seine dunkle Vergangenheit vordringen kann und somit wieder zu einem geschichtlichen Wesen wird.

2. Die Gegenwart

Der Hirnschlag stellt einen ganz bestimmten Punkt im zeitlichen Ablauf eines Lebens dar. Dieser Punkt trennt Vergangenheit und Zukunft dieses Lebens. Der Augenblick des Hirnschlags ist somit der Moment der Gegenwart. Wir haben schon mehrmals die Wucht des Hirnschlags betont. Auch in Bezug auf die Zeitlichkeit kann man den wuchtigen Charakter des Hirnschlags erkennen. Denn mit einer unfassbaren Wucht vermag der Hirnschlag klar und unwiderruflich das Leben in zeitliche Abschnitte aufzuteilen. Diese Wucht ist die Wucht der Wirklichkeit. Denn das Gegenwärtige manifestiert immer Wirklichkeit.

"Das Wesen der Zeit ist ja nicht nur die blosse Aufeinanderfolge und auch nicht nur das Erstrecktsein in die Dimensionen von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, sondern es liegt zugleich in dem Wunder der absoluten Einmaligkeit und Einzigkeit jedes Augenblicks. Die Zeit ist - wenn man so will - die Aufführung des Seins. Der Augenblick gibt dem Seienden Wirklichkeit, ja er ist identisch mit seiner Wirklichkeit." (Von UsLAR 1972)

Die Wucht des Augenblicks, mit der sich der Hirnschlag manifestiert, manifestiert somit die Wirklichkeit des Hirnschlagpatienten. Im Vollzug des Schlages zeigt sich die neue, unabänderliche Wirklichkeit des Patienten. Dieser Augenblick ist in seiner Wirklichkeit prägend. Früheres und Zukünftiges sind zwar im Augenblick, - gleichzeitig bestimmt der Augenblick auch die Zukunft. Doch im Augenblick dominiert die gegenwärtige Wirklichkeit, das Jetzt. Jetzt wird ein Mensch vom Hirnschlag getroffen, jetzt wird sein Leben auf eine ganz spezifische Weise geprägt.

In einem solchen Augenblick, indem der Mensch von der absoluten Wucht der Wirklichkeit übermannt wird, reagiert er mit einem sogenannten psychischen Schock. Ein psychischer Schock ist die seelische Begleiterscheinung bei einem plötzlich und

mit grosser Heftigkeit auftretenden Ereignis. Dieser psychische Zustand zeichnet sich durch Schrecken, Angst und Fassungslosigkeit aus. Der Hirnschlagpatient reagiert, - falls er den Schlaganfall bei Bewusstsein durchsteht -, im Moment des Schlages mit einem psychischen Schock. - Interessant ist in diesem Zusammenhang die Bedeutung des ursprünglich englischen Wortes 'the shock': der Schlag. Hier sehen wir wieder, wie sehr der körperliche Vorgang des Schlages gleichzeitig auch einen seelischen Schlag bedeutet. Als fünfte Uebersetzungsmöglichkeit des Wortes 'shock' gibt das Wörterbuch den Ausdruck 'Schicksalsschlag' an. Ein körperlicher Schlag - ein psychischer Schlag - ein Schicksalsschlag.

Da in vielen Fällen der Hirnschlag eine Bewusstlosigkeit auslöst, vollzieht sich aus der Sicht des Hirnschlagpatienten die psychische Gegenwärtigkeit des Schlages eigentlich nicht im Augenblick des Schlages. Vielmehr zeigt sich für den Hirnschlagpatienten die Gegenwart in ihrer psychischen Wirklichkeit im Moment des ersten Realisierens. Dann erst wird die Wirklichkeit für den Patienten wirklich.

Dieser Moment des Sich-Bewusstwerdens der Gegenwart vollzieht sich meistens erst im Krankenhaus. Zu diesem Zeitpunkt erkennt der Hirnschlagpatient das soeben Vergangene als Gegenwärtiges. Dieses Realisieren des 'Jetzt' bedeutet eine Erkenntnis: "ich bin krank, ich bin gelähmt". In dieser Formulierung spüren wir, dass sich die psychische Gegenwärtigkeit eigentlich erst nach dem Hirnschlag in ihrer Wirklichkeit offenbart. Der Patient denkt nicht: "ich wurde gelähmt" oder "ich werde krank sein", sondern "ich bin krank, ich bin gelähmt". Dies ist die psychische Gegenwart des Hirnschlagpatienten. Er ist ein vom Schlag Getroffener, er ist ein Hirnschlagpatient.

Sicher fragt sich der Patient, wie dieser Hirnschlag wohl zustande gekommen war und wo und wann dieses Ereignis vorgefallen war. Sicher fragt sich der Patient in diesem Augenblick auch, wie sich sein Gesundheitszustand entwickeln wird (siehe 'die

Zukunft'). Doch das Wesentliche des Augenblicks des Realisierens ist doch das Momentane: "Jetzt bin ich ..."

Mit diesem 'Jetzt' muss sich der Hirnschlagpatient auseinandersetzen. Was dies für ihn bedeutet, haben wir nun schon unter den verschiedensten Aspekten beleuchtet.

Dieses 'Jetzt' hat aber noch eine zusätzliche, sehr realistische Bedeutung. Wir haben vorhin gesagt, ein Hirnschlagpatient bemerke meistens erst im Krankenhaus die Wirklichkeit des Geschehenen. Der Raum, in welchem sich die Erkenntnis der gegenwärtigen Wirklichkeit vollzieht, ist somit ein ungewohnter Raum. Diese Tatsache verstärkt die Unsicherheit, welche ohnehin durch den Hirnschlag hervorgerufen wurde. Zu der Frage "wie bin ich?" muss sich die Frage gesellen: "wo bin ich?". Wir streifen hier ein Problem, welches sich selbstverständlich nicht nur den Hirnschlagpatienten stellt. Jeder unvorbereitete Eintritt in ein Krankenhaus bildet ein Erlebnis, das mit einem gewissen Mass an Unsicherheit verbunden ist. In einem Zustand der Empfindlichkeit fällt es einem Menschen sehr schwer, seinen gewohnten Raum mit einem fremden Raum auszutauschen. Die neue Umgebung ist dem Patienten unbekannt. Die Menschen, welche ihn umgeben, sind Menschen, die er noch nie in seinem bisherigen Leben gesehen hat. Zu dieser Krankheit, welche für ihn ein neues Erlebnis darstellt, muss er sich noch mit neuen Gesichtern auseinandersetzen. Dies ist besonders deshalb schwierig, weil der kranke Mensch ein erhöhtes Bedürfnis nach Nestwärme besitzt. Wenn auch in einem Krankenhaus eine herzliche Atmosphäre herrscht, so kann es dem Patienten gleichwohl die warme häusliche Atmosphäre nicht ersetzen.

Menschen, die im Krankenhaus arbeiten, müssen diese Umgewöhnungsschwierigkeiten verstehen. Sie sollten auch die Aggressionen, welche Patienten gegenüber dem Krankenhaus entwickeln, in ihrer wirklichen Bedeutung sehen. Die Kritik des Patienten zielt weniger auf das Persönliche, als dass sie die allgemeine

psychische Unzufriedenheit des Patienten ausdrückt. Diese Unzufriedenheit besteht darin, dass der Patient nicht nur realisieren muss, dass er sehr krank ist, sondern dass er sich auch noch an einem fremden und ungewohnten Ort befindet.

Das Hier und Jetzt eines Krankenhauspatienten bedeutet demnach: "Hier bin ich in einem Krankenhaus, jetzt bin ich krank!" Dies ist die gegenwärtig-wirkliche Situation eines Hirnschlagpatienten.

3. Die Zukunft

Der Hirnschlag bildet nicht nur den Moment in einem Leben, in dem Bisheriges in eine vollkommen neue Gegenwart gestossen wird. Im Ereignis des Hirnschlags ist auch Zukunft enthalten. Der Hirnschlag bestimmt den weiteren Verlauf eines Lebens. Die Zukunft eines Hirnschlagpatienten wird durch den Hirnschlag eindeutig festgelegt. Die Pläne bezüglich der Zukunft sind durchkreuzt worden. Der Hirnschlagpatient muss sich neue, bescheidenere Ziele setzen.

Was für den einzelnen Hirnschlagpatienten früher eine Selbstverständlichkeit war, kann nun zu einem wichtigen Ziel für ihn werden. - So ist das höchste Ziel für viele Hirnschlagpatienten, das Krankenhaus möglichst bald wieder verlassen zu können, um wieder zu sich nach Hause zurückzukehren. Diese Zielsetzung in ihrem oftmals fast überhöhten Charakter hat positive und negative Auswirkungen auf die psychische Verfassung des Hirnschlagpatienten. Positiv wirkt sich dieser Wunsch auf die Einstellung des Patienten gegenüber den Therapien aus (Physio-, Ergo-, Sprach- und Psychotherapie). Ein Hirnschlagpatient, welcher den festen Willen besitzt, bald nach Hause entlassen zu werden, geht mit einer aktiven und konstruktiven Einstellung an die verschiedenen Therapien heran. Er strengt sich an, möchte Fortschritte erzielen und entwickelt eine kooperative Haltung. - Der negative Aspekt dieser Zielsetzung zeigt sich oft erst bei der Rückkehr nach Hause. Nun wurde das höchste Ziel erreicht, nun befindet sich der Patient wieder in seinen eigenen vier Wänden. Sicherlich ist er froh, wieder zu Hause zu sein, doch fühlt er sich deswegen keineswegs weniger krank, dass er nun zwar wieder in seiner gewohnten Umgebung wohnt, dass er sich aber im Vergleich zu den früheren Zeiten, welche er in dieser Umgebung verbracht hatte, stark verändert hat. Vielleicht hatte er sich im Krankenhaus der Illusion hingegeben, dass er sich bei seiner Rückkehr nach Hause wieder 'gesund' fühlen würde.

Nun aber spürt er im Gegenteil, wie krank er tatsächlich ist. Mit dem Erreichen dieses Ziels stellt sich für den Hirnschlagpatienten eine weitere Frage: welchem Ziel soll er nun nachgehen? - Hirnschlagpatienten fällt es schwer, sich ein neues Ziel aufzubauen. Irgendwo sind sie in ihrem Bewusstsein ziellos und fühlen sich deshalb auch zukunftslos. Sie leben in ihrer kranken Gegenwart und studieren der Vergangenheit nach. Mit der Zukunft beschäftigen sie sich kaum bewusst.

Auf unbewusster Ebene setzen sich diese Menschen aber irgendwie doch mit der Zukunft auseinander. - Viele Patienten werden von der unrealistischen Hoffnung getragen, sie könnten eines Tages wieder gehen. Sie tagträumen von einem Leben ohne Rollstuhl und ohne Stock, einem Leben ohne körperliche Beschwerden. In ihrer Phantasie sehen sie sich aktiv und unternehmungslustig, sie wähnen sich in ihrem Berufsleben, auf Reisen oder grossen Wanderungen. Diese von Hoffnung getragenen Phantasien können es - bei all ihrer Realitätsfremde - dem Patienten erleichtern, mit seinem Krankheitsalltag fertig zu werden. Mit solchen Phantasien kann er weiterhin einen Sinn im Leben empfinden. Dieser 'Sinn' darf einen unrealistischen Anstrich haben, denn er besitzt keinen bewussten planerischen Charakter. Er dient lediglich der Aufrechterhaltung eines unbewussten lebensbejahenden Antriebes.

Ausser Hoffnung existiert auch Angst, welche meistens unbewusst empfunden wird. Der Hirnschlag weckt Angst in Bezug auf die Zukunft. Diese Angst kann den zukünftigen Lebensraum des Patienten betreffen. Viele Hirnschlagpatienten plagt die Angst, sie müssten ihr Leben lang in einem Krankenhaus oder in einem Pflegeheim bleiben. Sie haben Angst, nach einer gewissen Zeit feststellen zu müssen, dass sie nirgendwo hingehören und dass sich niemand mehr wirklich um sie kümmert.

Viele Ängste betreffen den weiteren Verlauf der Krankheit.

Es sind dies Ängste vor einem Stillstand des Genesungsprozesses oder gar dessen Verschlechterung. - Eine Angst, welche meiner Meinung nach jeden Hirnschlagpatienten bewegt, jedoch nur von wenigen bewusst erlebt wird, ist die Angst vor dem nächsten Schlag. - Medizinisch gesehen besteht ein Risiko, dass ein Hirnschlagpatient mehrere Schläge durchmacht. Diese können in kürzeren oder längeren Abständen auftauchen und jedesmal wieder neue Symptome hervorrufen. Hirnschlagpatienten wissen um dieses Risiko. Sie werden aufgefordert, ihren Blutdruck regelmässig kontrollieren zu lassen, um einen neuerlichen Hirnschlag zu vermeiden. Das Wissen um dieses Risiko löst Angst aus. Es ist dies die Angst vor einer umfassenderen Lähmung, vor weiteren funktionalen Hirnstörungen, vor einer vollkommenen Invalidität.

Das Wissen um das Risiko eines weiteren Hirnschlags löst aber nicht nur Ängste aus, welche das Leben betreffen.

Jeder Hirnschlagpatient spürt, dass der nächste Schlag der 'letzte Schlag' sein könnte. Hirnschlagpatienten haben die Erfahrung eines 'Beinahe-Sterbens' schon durchgemacht. Sie wissen, wie nahe sie bei ihrem letzten Hirnschlag am Tode vorbei sind. Sie haben auch schon gehört, dass Hirnschläge tödlich ausgehen könne. - Insofern bedeutet die Angst vor dem nächsten Schlag auch die Angst vor dem Tode. Diese Angst, welche viele gesunde Menschen ohnehin in sich tragen, besteht bei Hirnschlagpatienten verstärkt. Es ist eine Angst, welche die innere Verunsicherung des Hirnschlagpatienten in Bezug auf seine Zukunft vergrössert.

TEIL II: DIE REHABILITATION

TEIL II: DIE REHABILITATION

1. EINFUEHRUNG

Rehabilitation bedeutet Wiedereinsetzung, Wiedereingliederung, Rückführung. Dieser Begriff enthält demnach eine Finalität: ein Mensch wird an einem bestimmten Ort wiedereingesetzt, er wird an einen bestimmten Ort zurückgeführt. - In der Literatur ist mit diesem bestimmten Ort meistens der Arbeitsplatz gemeint. So versteht Hagmeier (1955) unter der Rehabilitation des Körperbehinderten "... den von Beginn der Heilbehandlung ausgehende Prozess, in dem es der behinderten Person möglich werden soll, ihre körperlichen und geistigen Fähigkeiten so weit wie möglich zu erlangen bzw. wiederzuerlangen, um in einer echten beruflichen Wiedereinordnung ihren wirtschaftlichen, sozialen und psychischen Halt zu finden."

Die Rehabilitation des Hirnschlagpatienten meint aber nur zum Teil die berufliche Wiedereingliederung. Wichtig ist hier viel mehr die Wiedereingliederung in den gewohnten oder in einen dem Gewohnten ähnlichen sozialen Rahmen.

Ich würde deshalb die Rehabilitation des Hirnschlagpatienten als 'den von Beginn der Heilbehandlung ausgehenden, durch verschiedene medizinische und paramedizinische Instanzen geförderten Prozess, mittels dessen der Patient sich wieder in einen adäquaten sozialen Rahmen einzugliedern lernt', definieren.

Eine solche Wiedereingliederung wird also von verschiedenen Instanzen gefördert.

In einem modernen Krankenhaus sind folgende Fachkräfte für die Rehabilitation des Hirnschlagpatienten verantwortlich:

1. Oberarzt und Assistenzärzte: Sie haben einerseits die Aufgabe, den Patienten medizinisch einzuschätzen und die Chancen für eine Rehabilitation anzugeben. Andererseits verfügen sie die verschiedenen Therapien und wirken innerhalb dieser koordinierend.

2. Das Pflegepersonal: Den intensivsten Kontakt zum Hirnschlagpatienten besitzt das Pflegepersonal. Dadurch hat es die Möglichkeit, mit dem Patienten alltägliche Verrichtungen zu üben. Dazu gehören Wasch-, Ess- und Unabhängigkeitstraining.
3. Der Sozialarbeiter: Dieser sollte sich der finanziellen Lage des Hirnschlagpatienten annehmen, um im Einzelfall Renten anfordern zu können. Ausserdem sollte er die Zustände im Hause des Patienten begutachten und für jene Patienten, welche nicht mehr nach Hause zurückkehren können, einen Platz in einem Alters- oder Pflegeheim zu finden.
4. Der Physiotherapeut: Die eigentliche körperliche Rehabilitation übernimmt der Physiotherapeut. Er muss den Hirnschlagpatienten lehren, die Kontrolle über seine gelähmten Glieder zu erlangen. Er trainiert die wesentlichen Körpervorgänge wie Sitzen, Aufstehen, Gehen.
5. Der Ergotherapeut: Er versucht in spielerischen Aufgaben, sowohl Muskel- als auch Hirnfunktionen des Patienten zu verbessern. Ausserdem trainiert er alltäglich Tätigkeiten, z.B. Kochen, Nähen, Baden.
6. Der Logopäde: Er hat die Aufgabe, die Sprachfähigkeit des Hirnschlagpatienten einzuschätzen. Aufgrund der Resultate baut er ein Sprachtraining auf, welches er (zu Beginn täglich) mit dem Patienten durchführt.
7. Der Psychologe: Ich möchte die Bemühungen des Psychologen bei der Rehabilitation des Hirnschlagpatienten in zwei Aufgabenbereiche teilen:
 Der erste Aufgabenbereich ist der neuropsychologische. Hier soll der Psychologe erst einmal abklären, wie stark die geistigen und sensorischen Fähigkeiten beschädigt sind, um dann mit dem Patienten die verschiedenen Hirnfunktionen gezielt trainieren zu können.
 Der zweite Aufgabenbereich ist der tiefenpsychologische: Hier gilt es, mit dem Patienten die psychischen Schwierigkeiten,

welche diese Krankheit mit sich bringt, durchzuarbeiten, damit der Patient mit der Zeit die neue Realität zu akzeptieren lernt.

Bevor ich nun auf die psychologische Rehabilitation des Hirnschlagpatienten näher eingehe, möchte ich zu der obigen Liste noch eine Bemerkung machen. Wie wir sehen können, benötigt es den vollen Einsatz von mehreren Therapeuten, damit ein Hirnschlagpatient voll rehabilitiert werden kann. Es ist deshalb, besonders wenn man die zeitlichen und personellen Möglichkeiten in einem Krankenhaus in Betracht zieht, nicht möglich, mit jedem Hirnschlagpatienten ein solches Rehabilitations-Programm durchzuführen. Die ärztliche Prognose muss relativ günstig sein, damit sich dieser grosse Aufwand lohnt. Dies heisst natürlich nicht, dass der Psychologe sich nicht auch um jene Hirnschlagpatienten kümmern kann, welche keine Chancen auf eine Rehabilitation haben.

Noch etwas muss bei der Aufzählung der Therapeuten erwähnt werden: jede Instanz besitzt ihre volle Autonomie bezüglich ihres eigenen Therapieprogramms. Leider besteht aber die Tendenz, dass durch diese autonome Arbeitsform der verschiedenen Therapeuten die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Therapeuten zu kurz kommt. Es ist jedoch wesentlich, dass der Hirnschlagpatient nicht nur aus einem spezialisierten Blickwinkel heraus betrachtet wird, sondern dass er in Team-Sitzungen vor allen Therapeuten gemeinsam besprochen wird. Die Rehabilitation des Hirnschlagpatienten verlangt nämlich nicht nur den einzelnen Einsatz der verschiedenen Fachkräfte, sondern mindestens so sehr deren gezielte Zusammenarbeit.

Wenn ich nun in der Folge die psychologische Arbeit mit dem Hirnschlagpatienten darzustellen versuche, so möchte ich die Unterscheidung zwischen dem neuropsychologischen und dem tiefenpsychologischen Ansatz beibehalten. Beide Funktionen sind wesentlich. Da mein Interesse, wie der erste Teil dieser Arbeit zeigt, im tiefenpsychologischen Bereich liegt, werde ich den neuropsychologischen Aspekt etwas kürzer halten als den tiefenpsychologischen Aspekt.

2. DER NEUROPSYCHOLOGISCHE ASPEKT

Bevor wir die Möglichkeiten der Neuropsychologie bei der Rehabilitation von Hirnschlagpatienten aufführen, sollten wir uns fragen, womit sich diese Wissenschaft eigentlich befasst.

"Neuropsychologie ist die Wissenschaft, welche die biologischen Grundlagen des Erlebens und Verhaltens untersucht." (Guttman 1973)

Erleben und Verhalten werden demnach als Folge von bestimmten biologischen Vorgängen zu erklären versucht. Diese biologischen Vorgänge spielen sich im Zentralnervensystem ab:

"Die Neuropsychologie kann als die Disziplin definiert werden, die sich mit den Zusammenhängen zwischen zentralnervösen Strukturen (Neuro-) und Verhalten (-psychologie) befasst. ... Sie beschäftigt sich mit dem Zentralnervensystem, aber nur insofern, als sich dieses nach aussen durch die Auslösung eines Verhaltens bemerkbar macht." (Perret 1973)

Vereinfachend könnte man sagen, die Neuropsychologie beschäftigt sich mit den Zusammenhängen zwischen Gehirn und Verhalten. - Ein sogenannt 'normales' menschliches Verhalten setzt ganz bestimmte gesunde Hirnfunktionen voraus. Wird nun das Gehirn durch ein Trauma oder durch einen inneren Vorgang derart verletzt, dass bestimmte Hirnfunktionen beschädigt werden oder gar ausfallen, so hat dies direkte Folgen auf das Verhalten des Menschen.

Der Hirnschlag stellt eine solche Verletzung des Gehirns dar. Wie wir in Teil I gesehen haben, hat diese Verletzung ganz bestimmte Folgen für das Verhalten des Hirnschlagpatienten.

Der Neuropsychologe, welcher demnach die Zusammenhänge zwischen Vorgängen im Gehirn und dem Verhalten kennt, kann folgendermassen zur Rehabilitation des Hirnschlagpatienten beitragen:

- a. Der Neuropsychologe kann mittels testpsychologischen Untersuchungen den Leistungsgrad der einzelnen Hirnfunktionen feststellen.
- b. Aufgrund dieser Feststellungen kann er ein gezieltes Hirn-

funktionstrainings-Programm aufstellen, mittels dessen er (oder ein Ergotherapeut) die einzelnen Hirnfunktionen des Patienten fördern kann.

a. Die testpsychologische Abklärung

Im Unterschied zu den üblichen neuropsychologischen Abklärungen geht es bei der Untersuchung des Hirnschlagpatienten nicht um die genaue Lokalisierung der Hirnläsion. Beim Hirnschlagpatienten interessiert uns, in welchem Grade die verschiedenen Hirnfunktionen geschädigt wurden oder, positiv ausgedrückt, in welchem Grade die verschiedenen Hirnfunktionen noch intakt sind.

Um zuerst einen allgemeinen Eindruck über das heutige Intelligenzniveau des Patienten zu gewinnen, wird ein möglichst breit angelegter Intelligenztest durchgeführt. Hier hat sich der HAWIE-Test bewährt. (Für sprachlich gestörte Patienten verwende ich den Catell-Weiss-Test CFT 2). - Aufgrund des daraus resultierenden Intelligenzquotienten kann ein Vergleich zwischen der heutigen Intelligenzleistung und der prämorbidem Intelligenzleistung gezogen werden. Dieser Vergleich kann am besten aufgrund eines vor der Krankheit erfassten Intelligenzquotienten durchgeführt werden. Wenn ein solcher nicht vorhanden ist, so bin ich gezwungen, den Vergleich mittels persönlicher Daten des Patienten (Schulabschluss, Berufsausbildung, Interessen und Hobbies vor Krankheitsausbruch) ungefähr anzustellen. - Der HAWIE hat den zusätzlichen Vorteil, dass nicht nur ein bestimmter IQ daraus resultiert, sondern dass gleichzeitig ersichtlich wird, welche Hirnfunktionen das Durchschnittsniveau hinunterdrücken.

Wenn ich nun die Untersuchung der einzelnen Hirnfunktionen kurz darstelle, so lehne ich mich dabei in modifizierter Form an Perret (1973).

Zu den wichtigsten Hirnfunktionen gehören die Konzentrations- und Merkfähigkeit. Wichtig vor allem deshalb, weil sie auch eine Voraussetzung für andere Hirnfunktionen bilden. - Um Konzentration und Merkfähigkeit zu untersuchen, wird die Zeit zum Aufsagen des Alphabets gemessen, es wird das Resultat des 'Zahlennachsprechens' im HAWIE-Test und dasjenige des Knox-Würfel-Tests, bei welchem der Patient fünf Würfel in einer bestimmten Reihenfolge wieder hinlegen muss, beachtet. Um Konzentrationsverlauf und Konzentrationsleistung genauer abklären zu können, verwende ich den d2 von Brickenkamp.

Das sprachliche Gedächtnis, welches hauptsächlich für den sozialen Kontakt eine wesentliche Voraussetzung bildet, kann mittels des Nacherzählens einer einfachen Kurzgeschichte geprüft werden. Die Geschichte soll sofort und dann nochmals nach eineinhalb Stunden reproduziert werden müssen, sodass die Leistungen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses unterschieden werden können. - Das figürliche Gedächtnis kann mittels des Wiedererkennens einfacher geometrischer Figuren, ebenfalls gleich geprüft werden. Zur Prüfung des figürlichen Kurzzeitgedächtnisses hat sich auch der BENTON-Test bewährt.

Zur Untersuchung des Auffassungsvermögens, welches vor allem für unsere täglichen Verrichtungen eine wichtige Voraussetzung bildet, dient neben dem durch das Gespräch mit dem Patienten gewonnenen Eindruck der Untertest 'allgemeines Verständnis' des HAWIE-Tests.

Die räumliche Wahrnehmung, welche eine Voraussetzung für die Orientierung am eigenen Körper und im Raum darstellt, wird aus den Resultaten der Untertests 'Figurenlegen' und 'Mosaik' aus dem HAWIE-Test entnommen. Zusätzlich kann die räumliche Orientierung mittels des Labyrinth-Tests von Chapuis, das Körperschema nach Semmes erfasst werden.

Die visuell-motorische Koordination kann in mehreren Untertests des HAWIE und im Benton-Test ermittelt werden.

Die rechnerischen Fähigkeiten werden mit der Aufgabe 'rechnerisches Denken' im HAWIE-Test geprüft.

Aufgrund der auf diese Weise gewonnenen Resultate und aufgrund der während der Untersuchung beobachteten Verhaltensauffälligkeiten verfertigt der Psychologe ein Gutachten. Dieses dient ihm dann als Ausgangspunkt für ein individuell auf den Patienten abgestimmtes Hirnfunktionstrainings-Programm.

Hinzufügen ist, dass es noch mehrere Testverfahren gibt, welche zur Messung der obengenannten Funktionen dienen können. Ich habe in meiner Darstellung solche Testverfahren gewählt, welche ohne grösseren Aufwand an einem dafür nicht spezialisierten Krankenhaus angewendet werden können. Spezialisierte neuropsychologische Abteilungen (wie z.B. das neuropsychologische Laboratorium der Neurochirurgischen Universitätsklinik, Zürich) führen eine breiter gefächerte Untersuchung durch. Bei vielen Hirnschlagpatienten genügt jedoch eine Abklärung, wie ich sie oben beschrieben habe, um ein gezieltes Hirnfunktionstrainings-Programm aufzustellen.

b. Das Hirnfunktionstraining

Aufgrund der vorhin beschriebenen Testergebnisse kann sich der Psychologe ein genaues Bild über die momentane Leistungsfähigkeit der verschiedenen Hirnfunktionen des Patienten machen. Er sieht beispielsweise, dass die meisten Funktionen erhalten geblieben sind, dass aber das Gedächtnis und das rechnerische Denken in Mitleidenschaft gezogen wurden. Bei einem anderen Hirnschlagpatienten stellt er vielleicht fest, dass nur wenige Funktionen in ihrer alten Form erhalten geblieben sind, wobei vor allem die Konzentration, die visuell-motorische Koordination und die räumliche Wahrnehmung gestört sind.

Das Hirnfunktionstraining hat nun die Aufgabe, das funktionelle System des Hirnschlagpatienten gezielt zu reaktivieren. Die in der Testuntersuchung beobachteten Leistungseinbußen sollen aufgrund einer genauen Anleitung trainiert werden.

Dazu ist nötig, ein auf das individuelle Resultat der Testabklärung abgestimmtes Hirnfunktionstrainings-Programm aufzustellen. Dabei sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

1. Wie gross ist die Belastungsfähigkeit des Patienten?
Wie stark ist die Ermüdbarkeit?
2. In welchem Masse ist eine Hirnfunktion lädiert? Besteht ev. ein völliger Ausfall bestimmter Funktionen?
3. Was wollen wir erreichen? Welche Hirnfunktionen sind für den Patienten von besonderer Wichtigkeit?

ad 1.: Hirnschlagpatienten sind, besonders in den ersten Monaten nach dem Schlaganfall, nur bedingt belastbar. Je nach den Folgen des Hirnschlags ist der Patient schnell ermüdbar, manchmal kann er sich nur für wenige Augenblicke auf eine Aufgabe konzentrieren. Hier empfiehlt es sich, 1-2 mal täglich kurze Übungen anzuordnen, welche dann mit der Zeit erweitert werden können.

ad 2.: Den Schweregrad einer Funktionshemmung sollte man insofern berücksichtigen, als dass es sich bei vielen Patienten lohnt, vor allem nur gering tangierte Funktionen zu trainieren. Diese besitzen eine grössere Chance für eine Wiederherstellung. Funktionen, welche beinahe oder völlig ausgefallen sind, sollten nur bedingt trainiert werden. Dafür geben hauptsächlich die unter Punkt 3 beschriebenen Kriterien den Ausschlag.

Entschliesst man sich, ausgelöschte Funktionen in den Trainingsplan einzubeziehen, so müssen diese auf kompensatorischem Wege eingeübt werden. Es müssen dann Umgehungsstrategien entwickelt werden, mittels derer der Patient lernen soll, die verlorene Funktion zu ersetzen.

ad 3.: Diese Frage betrifft eigentlich das Ziel der Behandlung. Entsprechend der Rehabilitationschancen und der Ansprüche des Patienten stecke ich mir ein bestimmtes Ziel, das ich mit dem Hirnfunktionstraining erreichen möchte. Diese Zielvorstellung bilde ich mir, indem ich mit dem Patienten, seinen Angehörigen, mit den Ärzten und den verschiedenen Therapeuten Absprache halte. - Ist eine bestimmte Hirnfunktion für den Patienten von persönlicher Wichtigkeit, so muss dies im Trainingsprogramm berücksichtigt werden. Es ist beispielsweise denkbar, dass ein Patient die Voraussetzungen, in seinen alten Beruf zurückzukehren, beinahe erfüllt. Einzig der Mangel an Konzentration verunmöglicht ihm die Wiederaufnahme seiner Arbeit. In diesem Falle muss ich hauptsächlich gezielte Konzentrationsübungen anordnen. - Bei einem anderen Patienten, dessen Gehirn stark in Mitleidenschaft gezogen wurde und welcher ohnehin ein für eine volle Rehabilitation zu hohes Alter besitzt, berücksichtige ich eher seine Interesse. Ist er beispielsweise ein Hobby-Bastler, so werde ich vor allem visuell-motorische Koordinationsübungen anordnen.

Beim Aufstellen eines Hirnfunktionstrainings-Programm muss des weiteren berücksichtigt werden, ob Sprachstörungen vorhanden sind. Der Patient muss zumindest ein paar Worte zur Ver-

fügung haben, damit er ein solches Training absolvieren kann. Sein Sprachverständnis muss genügend sein, damit er die Anleitungen zu den jeweiligen Aufgaben versteht.

Geht der Psychologe nun an die konkrete Planung des Trainings, so sollte er versuchen, in den einzelnen Aufgaben ein spielerisches Element einzubauen. Die Gefahr, dass die in den meisten Fällen mehrmals wöchentlich durchgeführten Uebungen zu einem Zwang und einer Last werden, kann dadurch reduziert werden.

Für sämtliche Hirnfunktionen (Gedächtnis, Konzentration, Auffassung, Rechnen, versch. Wahrnehmungsformen etc.) gibt es spezifische Uebungen.

Ich möchte hier, stellvertretend für die vielen Uebungen zu den einzelnen Funktionsleistungen, die Trainingsvorschläge für eine bestimmte Hirnfunktion angeben.

Als Beispiel wähle ich die Konzentration.

Für das Training mit Hirnschlagpatienten deren Konzentration geschwächt ist, würde ich folgende Uebungen empfehlen (pro Sitzung 3-4 solcher Uebungen):

Übungen für die Konzentration

Brettspiel: Vom wenig anspruchsvollen 'Leiterspiel' bis zum schwierigen 'Schach'

Memory-Spiel: Zahlenmemory, Verkehrsmemory, 'Zwillings-Spiel'

Sonstige Spiele: 'Domino', dreidimensionales Mühlespiel ('So-Go') etc.

Visuelle Konzentration:

- 2 Bilder genau betrachten und veränderte Details heraussuchen
- unter 20 Gegenständen etwas bestimmtes heraussuchen, dann einen der 20 Gegenstände, welcher vom Therapeuten versteckt wurde, nennen usw.
- aus vielen geometrischen Figuren z.B. den Kreis heraussuchen
- Labyrinth-Aufgaben

Verbale Konzentration:

- ein eindrückliches Erlebnis in der genauen Abfolge erzählen
- 10 Wörter aus 'Bahn...' bilden etc..
- einen Zeitungsartikel aufmerksam lesen, während auf dem Tonband moderne Musik ertönt
- aus einem längeren Text das Wort 'in' herausstreichen
- Witze nacherzählen
- bei Schreibtüchtigen: Briefe schreiben (an Freunde/Geschäftsbr.)

Akustische Konzentration:

- Musik hören und auf ein best. Instrument achten (wie oft ertönt es? etc.)
- auf Tonband aufgenommene Geräusche erkennen

Praktische Konzentration:

- nach genauen Anleitungen Näh-, Web- und Strickarbeiten ausführen
- mit Hilfe eines Kochbuchs einen Kuchen backen (= Konzentration auf Materialien, Masse, Gewichte und Zeit)

Diese Liste kann beliebig weitergeführt werden, wobei die Qualität und die Attraktivität der Aufgaben stark von der Phantasie des Therapeuten abhängt.

Ein besonders originelles Hirntraining wird in den Neurologischen Kliniken Dr. Schmieder in Gailingen (BRD) betrieben. Dort wurden Merk- und Konzentrationsübungen auf audiovisueller Basis entwickelt. Die selbst produzierten Filme werden täglich von einer Sendezentrale in die Fernsehgeräte der verschiedenen Bettenhäuser geleitet. Der Patient soll aber nicht vor dem Fernsehgerät passiv Informationen aufnehmen: (Schlösser 1975)

"Bei einer Konzentrationssendung werden z.B. mehrere Figuren gleichzeitig auf dem Bildschirm dargeboten, die sich ständig aber in unregelmässiger Folge verwandeln. Der Patient hat die Aufgabe, die Anzahl der Veränderungen ohne schriftliche Notizen festzustellen und sich zu merken. ... Am Ende jeder Aufgabe schreibt er die Lösung (in dieser Sendung z.B. die Zahl der Veränderungen) in seinen Lösungsbogen ein. ... Sofort danach wird dem Patienten in der Sendung die Lösung mitgeteilt. Er kann vergleichen, ob seine Lösung richtig war."

Einmal wöchentlich findet dann ein Gespräch mit dem Therapeuten statt, in dem die Ergebnisse besprochen und neue Lösungsansätze gesucht werden.

In der Schweiz gibt es vereinzelte Neuropsychologische Stellen, z.B. an der Neurochirurgischen Universitätsklinik Zürich. Hier wenden speziell ausgebildete Neuropsychologen ausgearbeitete Methoden zur Aktivierung der Hirnfunktionen an. - In der Klinik Valens wurde während eines dreijährigen Forschungsprogramms ein Neurotraining entwickelt, welches statistisch erwiesene Erfolge erbrachte (Kohenof 1977). - An vielen Krankenhäusern übernehmen die Ergotherapeuten das Hirnfunktionstraining. Unter der genauen Anweisung eines Psychologen, welcher das Hirnfunktionstrainings-Programm ausgearbeitet hat, können diese das Funktionstraining in ihre Therapie einbauen.

Die Dauer einer solchen Therapie sollte nicht länger als ein Jahr betragen. Spätestens dann sollten eindeutige Erfolge festgestellt werden. Diese Erfolgsmessung sollte anhand der gleichen Testbatterie geprüft werden, mittels derer der Patient schon vor Beginn der Therapie gemessen wurde.

3. DER TIEFENPSYCHOLOGISCHE ASPEKT

Die Tiefenpsychologie versucht, Erleben und Verhalten mit Phänomenen aus der 'Tiefe', aus dem Unbewussten zu erklären. Seitdem Sigmund Freud anfangs dieses Jahrhunderts auf die zentrale Bedeutung des Unbewussten im Zusammenhang mit psychischen und somatischen Symptomen hingewiesen hat (Freud G.W. Band I), haben sich verschiedene tiefenpsychologische Richtungen entwickelt.

Jede dieser Schulen würde nun die psychische Problematik des Hirnschlags nach ihrer Art der Betrachtung interpretieren.

Die daseinsanalytische Richtung nach Binswanger beispielsweise würde sich eher phänomenologisch mit dem Hier und Jetzt der Psyche eines Hirnschlagpatienten auseinandersetzen. Sie würde sich fragen, wie wohl das Dasein und In-der-Welt-Sein eines auf diese Weise erkrankten Menschen aussehen muss. Dies darzustellen habe ich im ersten Teil dieser Arbeit versucht.

Jede tiefenpsychologische Schule verfügt über der eigenen Theorie entsprechende psychotherapeutische Konzepte. Diesen verschiedenen Formen der Psychotherapie liegt zumindest eine gemeinsame Auffassung zu Grunde: In einer Psychotherapie soll versucht werden, die bewusste und unbewusste psychische Problematik eines Patienten zu verstehen. Die psychotherapeutischen Bemühungen gehen dahin, dem Patienten zu helfen, seine jetzige psychische Situation zu verstehen, damit er sie in adäquater Weise angehen kann.

Auf die Problematik des Hirnschlagpatienten übersetzt heisst dies, dass in einer Psychotherapie die bewussten und unbewussten seelischen Folgen dieser Krankheit bearbeitet werden, damit der Hirnschlagpatient seine Situation in einer adäquaten Weise angehen kann.

Ich bin nicht der Meinung, dass Psychotherapeuten einer ganz bestimmten Schule Hirnschlagpatienten besser helfen können als andere. Wichtig ist, dass die Art und Weise, wie eine Psychotherapie verläuft, sowohl zum einzelnen Patienten wie auch zum einzelnen Therapeuten passt.

Ich selbst bin, - unter Berücksichtigung der phänomenologischen Betrachtungsweise -, mit der auf Freud basierenden psychoanalytischen Theorie und Technik vertraut. Meine tiefenpsychologisch orientierte Arbeit mit dem Hirnschlagpatienten, so wie ich sie vor allem im Kapitel 'die Psychotherapie' beschreiben werde, ist deshalb von der psychoanalytischen Richtung beeinflusst.

a. Das stützende Gespräch

Ich spreche hier vom 'stützenden Gespräch' und setze dieses in Gegensatz zur eigentlichen 'Psychotherapie', welche ich im nächsten Kapitel beschreiben werde. Diese Unterscheidung finde ich deshalb wichtig, weil wir in der Praxis eine Gruppe von Patienten antreffen, bei denen ein stützendes Gespräch indiziert ist und eine andere Gruppe, die sich für eine psychotherapeutische Behandlung eignet.

Während eine Psychotherapie die Auseinandersetzung mit der Krankheit unter Einbezug von prämorbidem Problemen in aufdeckender Art angeht, soll das stützende Gespräch vorwiegend beruhigend und ermunternd wirken.

Stützende Gespräche führe ich, - vereinfachend formuliert -, mit denjenigen Patienten durch, die sich aus irgendeinem Grund nicht für eine psychotherapeutische Behandlung eignen. Folgende Gründe sind denkbar:

- Patienten, welche unter starken organischen Depressionen leiden
- Sehr alte und stark abgebaute Patienten
- Patienten mit schlechten Sprachfähigkeiten
- Patienten, die nur während einer kurzen Zeit betreut werden können.

Mit diesen Patienten führe ich stützende Gespräche durch. Hier geht es vor allem darum, einen Hirnschlagpatienten mittels der Gespräche zu zeigen, dass er trotz seiner Krankheit noch verschiedene Möglichkeiten in seinem Leben besitzt.

Solche ermunternde Gespräche sind vor allem bei solchen Patienten notwendig, welche glauben, durch die Symptome ihrer Krankheit in einem solchen Masse behindert zu sein, dass das Leben nicht mehr lebenswert sei. Diese stark depressiven Patienten sollten wir mit unseren Gesprächen ermutigen. Jemandem Mut machen heisst aber nicht, ihn mit optimistischen Bemerkungen zu überhäufen. Der stark depressive Mensch fühlt sich von über-

triebenen Anfeuerungen schnell überfordert. So helfen wir einem depressiven Hirnschlagpatienten wenig, wenn wir ihm zurufen: "Bald können Sie wieder Wanderungen unternehmen, Sie müssen nur wollen!" - Erstens spürt ein behinderter Hirnschlagpatient selbst, dass er in nächster Zeit keine Wanderungen unternehmen kann. Zweitens ist es sinnlos, von einem depressiven Menschen einen starken Antrieb zu erwarten, ist es doch gerade der Antrieb, welcher ihm abhanden gekommen ist. - Wir helfen einem mutlosen Hirnschlagpatienten mehr, wenn wir ihm zuerst vermitteln, dass wir seine traurige Stimmung verstehen. Wenn der Patient dann spürt, dass wir versuchen, uns in ihn zu versetzen, wenn er spürt, dass wir ihn zu verstehen versuchen, dann ist er erst bereit, unsere Ermunterungen nicht als einen Leistungsdruck zu erleben. Ausserdem haben wir ihm auf diese Art schon in einem Punkt seiner Depression geholfen: der Depressive, welcher sich sehr einsam fühlt, bemerkt durch unsere Haltung, dass er nicht alleine ist. - Vielleicht können wir nun, nachdem sich der depressive Patient verstanden fühlt, diskrete ermunternde Andeutungen machen. Wir können z.B. zugeben, dass der Patient nie mehr das Gehvermögen besitzen wird, welches er früher hatte, dass er aber trotz seiner Krankheit wird aus dem Hause gehen können. Wir können ihm auch seine kleinen Fortschritte aufzeigen, die er in letzter Zeit gemacht hat. Wenn er dann auch oft den Kopf schüttelt und protestiert, dies sei doch kein Fortschritt, so bleibt doch meistens ein positives Erlebnis zurück.

Auch weniger depressive Hirnschlagpatienten sollte ich in einem stützenden Gespräch zeigen, dass sich ihre Situation sehe. Manchmal benötige ich dazu gar nicht viele Worte. Es gibt Patienten, die schätzen es, dass man 'mit Ihnen ist'. Manche benützen dabei die Gelegenheit, einem Dinge zu erzählen, die eigentlich nicht von Belang sind. Dabei kommt mir die Rolle eines 'geduldigen Zuhörers' zu. Solche Patienten erzählen über ihren Gesundheitszustand, über die Besuche, welche sie empfangen haben, über ihre eigenen Pro-

dukte, welche sie in der Ergotherapie angefertigt haben, und oft über Geschichten, welche schon Jahre zurückliegen.

Nun taucht wohl die Frage auf, ob dies denn wirklich die Aufgabe eines Psychologen sei, ob eine solche Unterhaltung nicht auch ein sonstiger Besucher führen könnte. Dazu müssen drei Bemerkungen gemacht werden:

Erstens gibt es in den modernen Krankenhäusern Menschen, welche von niemandem besucht werden oder welche nur seltenen und sehr oberflächlichen Besuch erhalten. Sie benötigen deshalb Gespräche mit einem Psychologen, welcher ihnen das nötige Einfühlungsvermögen entgegenbringt. - Zweitens herrscht heute in den Kreisen von klinisch und therapeutisch orientierten Psychologen die etwas elitäre Vorstellung, ihre Aufgabe sei, eine strikte und schulmässige Psychotherapie durchzuführen. Dass es Menschen gibt, welche nicht in das psychotherapeutische Muster passen und unsere Hilfe trotzdem brauchen, wird dabei oft vergessen. - Drittens kann ein einfacher und oberflächlich anmutendes Gespräch die Vertrauensbasis bilden, auf der später etwas gezieltere Gespräche möglich sind.

Solche gezielte Bestrebungen kann man nämlich auch in ein stützendes Gespräch integrieren. Ein Ziel ist in jedem von meinen stützenden Gesprächen enthalten: ich möchte motivierend wirken. - Der Prozess der Rehabilitation ist stark von der aktiven Mitarbeit und der Initiative des Patienten abhängig. Nun gibt es viele Hirnschlagpatienten, welche, bedingt durch Bewusstseinsstörung oder durch psychische Probleme, einen Mangel an Initiative aufweisen. Hier besteht nun eine der wichtigsten Aufgaben des Psychologen, nämlich die, den Hirnschlagpatienten für die aktive Mitarbeit bei den verschiedenen Rehabilitationsmassnahmen zu gewinnen. Durch die Gespräche lerne ich den Patienten kennen. Ich lerne damit auch seine private Seite, seine Interessen, seine Freuden kennen. Diese können nun als motivierendes Moment verwendet werden.

So konnte ich beispielsweise einen Patienten zu verstärktem Handtraining motivieren, weil ich wusste, dass er früher Marken sammelte. Dadurch sah er die Wichtigkeit des Handtrainings ein

und kann heute, dank aktiver Bemühung von Physio- und Ergotherapeuten, ohne fremde Hilfe die Marken vom Couvert lösen und zum Trocknen hinlegen.

Obwohl ich das Charakteristische am stützenden Gespräch die Ermutigung genannt habe, gehört zu einem solchen Gespräch manchmal auch Ernüchterung. Patienten, welche sich allzu grosse Hoffnungen auf die Rehabilitationserfolge machen, können durch ihre übertriebenen Vorstellungen von einer Heilung den Rehabilitationsprozess ebenfalls aufhalten. Solche Patienten sind auch mit grösseren Fortschritten nicht zufrieden, weil der Zustand 'noch nicht wie früher' ist. Sie stellen sich dann den Behandlungen gegenüber negativ ein und sind der Meinung, diese hätten nichts genützt. Besonders schwierig wird für solche Patienten der Moment, zu welchem der Arzt und die Therapeuten beschliessen, dass der Zeitpunkt für den Abbruch sämtlicher Therapien gekommen sei. Uebertrieben hoffnungsvolle Patienten können dann eine solchen Entscheid nicht verstehen. - Mit solchen Patienten muss ich offen über ihre Krankheit und deren Folge sprechen. Ich muss ihnen zeigen, dass sie gewisse Fortschritte erwarten dürfen, dass sie jedoch in Betracht ziehen müssen, dass sie krank sind und deshalb gewisse Folgeerscheinungen in Kauf nehmen müssen. Auch hier ist es wichtig, durch die Ernüchterung nicht zerstörend zu wirken. Der Patient muss trotzdem einen gewissen Spielraum für Hoffnungen beibehalten dürfen. Nur sollten diese Hoffnungen den realistischen Möglichkeiten entsprechen.

b. Die Psychotherapie

Eine Psychotherapie zeichnet sich durch ihre Intensität aus. Wenn ich mir nun zuerst überlege, welche Hirnschlagpatienten sich für eine psychotherapeutische Behandlung eignen, so sind dies Patienten, welche über eine längere Zeitspanne in regelmässigen Abständen verfügbar sind. Auf diese Weise kann vom Zeitlichen her die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung gefördert werden. Der Krankenhausaufenthalt, welcher ohnehin oft mehrere Monate lang dauert, eignet sich deshalb als Zeitspanne für eine Psychotherapie. - Ein anderer Faktor ist das Alter des Patienten. (Hier möchte ich keine eigentliche Altersgrenze festlegen, konnte ich doch mit einigen Patienten, welche über sechzig Jahre alt waren, psychotherapeutisch arbeiten.) - Die intellektuellen Fähigkeiten bilden eine Voraussetzung, wobei vor allem die Auffassung und die Konzentration vorhanden sein müssen. - Da es sich hier um Gesprächstherapien handelt, sollte sich der Patient zudem sprachlich relativ gut ausdrücken können. (Mit Aphasikern führe ich eine Malgruppe durch, welche, obwohl sie sicher ihre therapeutischen Auswirkungen hat, nicht als eigentliche 'Psychotherapie' bezeichnet werden kann). - Eine weitere Bedingung für die Indikation zu einer Psychotherapie ist selbstredend: es werden nur solche Hirnschlagpatienten psychotherapeutisch behandelt, welche durch ihr Verhalten auffallen. Es sind dies meistens Menschen, welche schon prämorbid eine neurotische Persönlichkeitsstruktur aufwiesen und deren neurotischer Konflikt durch die Hirnschlagkrankung reaktiviert oder verstärkt wird.

Die Behandlungssituation zeichnet sich durch regelmässig entweder ein oder zwei mal wöchentlich stattfindende Sitzungen von circa 50 Minuten aus. Diese Sitzungen finden immer im gleichen, ruhigen Raum statt, - eine Bedingung, welcher in einem Krankenhaus nicht ohne weiteres entsprochen werden kann. - Der Patient sitzt dann dem Therapeuten gegenüber. Damit das von Freud postulierte Übertragungsphänomen (siehe S. 103) gefördert werden kann, halte ich mich an die Regel der Abstinenz, wie sie auch Sandler (1973) als Charakteristikum der Behandlungssituation formuliert:

"Der Patient besitzt in der Regel verhältnismässig wenig persönliche Informationen über den Psychotherapeuten". - Während ich im stützenden Gespräch zwischendurch auch von eigenen Erlebnissen und Erfahrungen spreche, versuche ich im psychotherapeutischen Gespräch, meine Person möglichst wenig miteinzubeziehen.

Auch bezüglich der Technik halte ich mich hauptsächlich an die psychoanalytische Methode. So berücksichtige ich jenes Gesetz, welches als 'Freud'sche Grundregel' in die Geschichte eingegangen ist. Freud hat gezeigt, dass der Vorgang der Uebertragung und damit der therapeutische Prozess schneller in Gang kommen, wenn nicht der Therapeut Themen und Fragen für eine Sitzung vorbereitet, sondern wenn der Patient entsprechend seinen Assoziationen den Gesprächsstoff liefert. Diese Regel der 'freischwebenden Assoziation' (Freud 1895) ist in der Therapie von Hirnschlagpatienten nicht immer leicht zu befolgen. Lässt man Hirnschlagpatienten frei assoziieren, so werden sie jede Sitzung mit Berichten über ihren momentanen körperlichen Zustand auszufüllen wissen. Diese intensive Beschäftigung mit dem eigenen Körper hat nur selten einen eigentlichen Abwehrcharakter. Insofern können solche 'Gesundheitscommuniqués' auch nicht unbedingt als Widerstand innerhalb der Therapie gedeutet werden. Es ist vielmehr so, dass für Hirnschlagpatienten der eigene Körper von zentraler psychischer Bedeutung sein muss. Wenn der Patient aber über eine lange Zeit hinweg nur von seinem körperlichen Zustand zu berichten weiss, so bin ich gezwungen, seine Assoziationen zu unterbrechen. In direkter Art stelle ich dann dem Patienten vielleicht eine Frage: "Wie reagiert Ihre Familie auf Ihre Krankheit?", "wie sah denn Ihr Leben vor der Erkrankung aus?" etc. Hiermit zeige ich dem Patienten einen Weg, den er - manchmal aus Unkenntnis - von sich aus nicht wählen würde. Dazu ein Beispiel: eine 58-jährige Patientin klagte während mehrerer Wochen über ihren Gesundheitszustand. Als ich spürte, dass wir uns im Kreise bewegten, schlug ich ihr vor, sie solle mir doch über ihre Familienverhältnisse berichten. Die Patientin zeigte.

sich erstaunlicherweise erleichtert. Sie dachte, in einem Krankenhaus würde diese Angelegenheiten niemanden interessieren. Dann begann ein langer Bericht, aus dem hervorging, dass sie auf eine längjährige schwierige Ehe mit einem zum Alkoholismus tendierenden Gatten zurückblickt. Nach einer gewissen Zeit stellte sich heraus, dass der Gatte ihre Krankheit noch schlechter akzeptieren konnte als sie selbst. Die Therapie konnte an diesem Punkt erst richtig einsetzen.

Ich habe schon erwähnt, dass zur Technik einer solchen Psychotherapie das Instrument der Uebertragung gehört. Dieses Phänomen stellt sich, - gefördert durch die Abstinenz des Therapeuten und durch die freie Assoziation des Patienten -, in einer solchen Behandlung ein. Freud (1905) gab folgende Definition der Uebertragung: "Was sind Uebertragungen? Es sind Neuauflagen, Nachbildungen von den Regungen und Phantasien, die während des Vordringens der Analyse erweckt und bewusstgemacht werden sollen, mit einer für die Gattung charakteristischen Ersetzung einer früheren Person durch die Person des Arztes. Um es anders zu sagen: eine ganze Reihe früherer psychischer Erlebnisse wird nicht als vergangen, sondern als aktuelle Beziehung zur Person des Arztes wieder lebendig."

Dank den verschiedenen Uebertragungsformen, welche der Patient auf den Therapeuten entwickelt, kann der Therapeut feststellen, inwiefern frühere neurotische Konflikte durch die heutige Krankheit reaktiviert werden. Mit einem weiteren technischen Instrument, nämlich der 'Deutung', kann er dann versuchen, dem Patienten den seinem momentanen Problem zugrundeliegenden neurotischen Konflikt bewusst zu machen. Dieses Bewusstwerden sollte dann, nach genügendem 'Durcharbeiten' zu einem verminderten neurotischen Verhalten in der jetzigen Situation führen.

Für die verschiedenen Uebertragungsformen möchte ich ein Beispiel anführen:

Eine 55-jährige unverheiratete Patientin entwickelte sehr bald eine positive Uebertragung auf meine Person. Es zeigte sich, dass sie auf mich die ähnlichen Gefühle übertrug, welche sie zu ihrem

um viele Jahre jüngeren Bruder empfand. Dieser Bruder, welcher vor einigen Jahren starb, war das einzige Familienmitglied, zu welchem die Patientin eine emotionell warme Beziehung hatte. Indem sie eine geschwisterliche Beziehung zu mir aufbaute, konnte die Patientin mit der Zeit ihre Krankheit als eine späte Wiederholung ihrer frühkindlichen emotionalen Aussenseiterposition erleben. Die Durcharbeitung der damit verbundenen unbewussten Bestra-
 fungsgefühle - die Krankheit wurde als späte Strafe der 'kalten' Muttererlebt - führte zu einer deutlichen Besserung des psychischen Zustandes. - Nach ca. acht Monaten Therapie wechselte das durchschnittlich positive Uebertragungsbild schlagartig. Die Patientin sollte plötzlich in ein Pflegeheim verlegt werden, was sie zur Wehr setzte, - es gab leider keine realistische Alternative zu einem Pflegeheim -, machte mich nun vom schützenden Bruder zur strafenden Mutter. Jetzt war ich diejenige Person, welche für ihr Schicksal verantwortlich war. Ich konnte ihr diesen Vorgang noch deuten, für ein längeres Durcharbeiten blieb jedoch zu wenig Zeit.

Auch die Gegenübertragung spielt in eine solche Therapie hinein. Unter Gegenübertragung verstehen wir die gefühlsmässigen Reaktionen des Therapeuten auf seinen Patienten. Diese Gefühle können zum Teil so mächtig werden, dass sie den therapeutischen Prozess stören können. Solche Gegenübertragungsreaktionen in der Therapie mit Hirnschlagpatienten hängen von der ganz persönlichen Einstellung eines Therapeuten gegenüber einer starken körperlichen Behinderung ab. Störend können sich vor allem jene Reaktionen auswirken, welche von Ueberfürsorglichkeit und Mitleid geprägt sind. Damit solche Gefühle des Therapeuten den Therapieprozess nicht stören, müssen sie dem Therapeuten bewusst sein.

Das bewusste Erkennen der Gegenübertragungsgefühle bildet zusätzlich noch ein technisches Instrument innerhalb der Behandlung: Oft kann" ... die Wahrnehmung seiner eigenen Reaktionen ein zusätzlicher Weg zum Verständnis der unbewussten seelischen Vorgänge des Patienten sein. "(Sandler 1973) - Tatsächlich weisen überaus

mütterliche Gefühle, welche wir für gewisse Hirnschlagpatienten empfinden, auf eine stark orale Problematik des Patienten hin und aggressive Gefühle gegenüber depressiven Patienten weisen sich oft als Gradmesser für deren eigene verdrängte Aggressionen aus.

Kräfte, die dem Behandlungsprozess entgegengerichtet sind, werden Widerstände genannt. Widerstände des Patienten treten dann in einer Therapie auf, wenn ein unbewusster, oftmals 'unangenehmer' Impuls durch die Therapie ins Bewusstsein gedrängt wird, dieser aber vom Ich des Patienten abgelehnt wird. In der Therapie mit Hirnschlagpatienten tritt immer wieder ein spezifischer Widerstand auf. Sandler (1973) nennt ihn den 'Widerstand aus dem Krankheitsgewinn': "Solche sekundären Gewinne aus Symptomen sind bekannt in Gestalt der Vorteile und Befriedigungen, die aus dem Kranksein, der Pflege oder dem Mitgefühl anderer bezogen werden, oder auch aus der Befriedigung aggressiver und rachsüchtiger Regungen an diejenigen, die gezwungen sind, am Leiden des Patienten teilzunehmen." - Dieser Widerstand ist besonders bei solchen Hirnschlagpatienten zu finden, welche durch die Erkrankung in eine orale Regression hineinfallen. Ich habe im ersten Teil dieser Arbeit gezeigt, dass der Verlust von Autonomie, welcher als Folge der multiplen Behinderung des Patienten auftritt, zu einer malignen oralen Regression führen kann. Das klindlich-passive Verhalten, welches sich dann als Widerstand unserer Therapie manifestiert, kann unsere Behandlung, welche eine reife und akzeptierende Haltung gegenüber der Erkrankung zum Ziel hat, stark blockieren. Es ist deshalb wichtig, diesen Widerstand zu deuten.

Eine andere Form des Widerstandes entsteht in der Therapie mit Patienten, welche ihre Krankheit zu verleugnen versuchen. Dieser Abwehrmechanismus, welcher so weit führen kann, dass der Patient seine Krankheit ignoriert, kann ebenso sehr einen therapeutischen Reifungsprozess bremsen. - Es ist für den Psychotherapeuten nicht immer leicht festzustellen, ob eine solche Haltung eine gesunde Form der Akzeption der Körperbehinderung oder einen Widerstand beinhaltet. Folgendes Beispiel kann diese Schwierigkeit verdeutlichen:

Ein bis zu seiner Erkrankung höchst aktiver Patient reagierte auf den Hirnschlag mit einer starken Depression. - Nach etwa zwei Monaten gab es in unserer Therapie eine Aenderung, indem der Patient während den Stunden nicht mehr weinte, sondern in relativ heirerer Stimmung von seiner politischen Einstellung, von seinen Russland-Reisen in den zwanziger Jahren und den Folgen seiner kommunistischen Einstellung auf die verschiedenen Arbeitsplätze erzählte. Ganz sicher spürte der Patient mein diesbezügliches Interesse, eine Form der Gegenübertragung, welche mir zu Beginn jener Phase nicht bewusst war. Nach etwa fünf Sitzungen, während derer die Krankheit des Patienten überhaupt nicht zur Sprache kam, wurde mir die Verleugnungs-Tendenz dieser Haltung bewusst. Als ich den Widerstand deutete, zeigte sich, dass der Patient seit etwa einem Monat Differenzen mit seiner Frau hatte. Diese scheint sich anlässlich mehrerer Besuche gegen eine Rückkehr des Patienten in das gemeinsame Heim ausgesprochen zu haben. Der Grund für diese Haltung war die intensive pflegerische Arbeit, welche der Patient verursachte. Dem Patienten war es unangenehm, sich mit dieser starren Haltung seiner Gemahlin auseinanderzusetzen. Deshalb baute er unbewusst diesen Widerstand auf.

Der Inhalt einer Psychotherapie mit einem Hirnschlagpatienten ist zum grossen Teil durch die Aspekte 'Weltlichkeit', 'Leiblichkeit', 'Begegnung' und 'Zeitlichkeit', welche ich als Ausgangspunkt zu den Betrachtungen im ersten Teil dieser Arbeit genommen habe, geprägt.

Der Aspekt der Weltlichkeit manifestiert sich in einer solchen Therapie immer dann, wenn am Verlust der 'alten Welt' gearbeitet wird. Der plötzliche Umschlag von der Welt des Gesunden in die Welt des Kranken bedingt in jeder Psychotherapie mit Hirnschlagpatienten ein gewisses Stück 'Trauerarbeit'. Erst danach kann eine adäquate Neuorientierung in dieser fremden Welt des Behinderten gefunden werden.

Die Leiblichkeit bildet einen zentralen Faktor in einer Therapie mit einem Hirnschlagpatienten. Die Auseinandersetzung mit der Lähmung und dem dadurch bedingten (ev. vorübergehenden) Verlust des Gehvermögens ist eine wesentliche Voraussetzung für das angestrebte Akzeptieren der Krankheit. Diese Bearbeitung ist besonders bei

solchen Patienten wichtig, welche eine Chance zum Wiedererlernen des Gehens haben und diese nicht ergreifen wollen. Die Behandlung der leib-seelischen Phänomene dieser Krankheit ist also auch dort notwendig, wo wir als Therapeuten motivierend wirken sollen. - Auf dem langen Wege bis zum Akzeptieren der leiblichen Veränderungen stoßen wir immer wieder auf narzisstische Probleme, wie ich sie im ersten Teil dieser Arbeit beschrieben habe. Hier gilt es, die narzisstische Kränkung, welche dieser Krankheit bewirken kann, in der Psychotherapie genau zu bearbeiten. Nur im Bewusstsein der narzisstischen Kränkung kann es in einem weiteren Schritt zu einem adäquaten Akzeptieren der eigenen Behinderung kommen.

In einer psychotherapeutischen Behandlung eines Hirnschlagpatienten wird auch der Bereich der Begegnung angegangen. Die Aufarbeitung der sozialen Konsequenzen, welche Symptome wie z.B. Sprachfehler, reduzierte Intelligenz und Wahrnehmung, Depression und Egozentrik mit sich bringen, bilden eine wesentliche Aufgabe einer solchen Therapie. Hier geht es darum, den Patienten in seiner sozialen Sonderstellung zu verstehen und mit ihm die sozialen Veränderungen in Familie, Beruf und sonstigen Beziehungsbereichen zu besprechen. Das Ziel einer Psychotherapie wäre auch hier ein bewusstes Erkennen der sozialen Bedingungen und in der Folge ein adäquates Verhalten im sozialen Bereich.

Die Zeitlichkeit spielt insofern in jede Psychotherapie mit einem Hirnschlagpatienten hinein, als dass eine solche Behandlung immer eine Bearbeitung der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft bedeutet. Die Vergangenheit wird bei jenen Patienten zu einem zentralen Thema, deren Schlagkrankung eine Reaktivierung früher neurotischer Konflikte bedeutet. Hier muss vor allem in der Therapie der neurotische Konflikt bearbeitet werden, damit sich die Einstellung zum heutigen Zustand verändern kann. - Die Gegenwart manifestiert sich eigentlich während der ganzen Therapie, indem eine solche Behandlung doch immer eine Auseinandersetzung mit der jetzigen psychischen und physischen Situation zum Inhalt hat. -

Auch Hoffnungen und Ängste bezüglich der Zukunft werden in einer solchen Psychotherapie behandelt. Hier sollte die Therapie mit der Zeit eine objektive und konstruktive Haltung gegenüber der Zukunft bewirken.

Man könnte schliesslich die psychotherapeutische Behandlung eines Hirnschlagpatienten noch unter dem Gesichtspunkt der Phasen innerhalb der Psychotherapie betrachten.

Die erste Phase ist die Phase der Schockverarbeitung. Hier kommt vor allem der Schrecken des Geschehenen zum Ausdruck. Der Patient berichtet von seinen Gefühlen, die er während und gleich nach dem Hirnschlag empfunden hat. Hier manifestiert sich hauptsächlich die Tatsache, dass der Patient unvorbereitet war, als er plötzlich erkrankte, und dass er dementsprechend erschrocken ist. Unser therapeutisches Bestreben während dieser Phase ist, den Patienten bei seiner ersten Konfrontation mit seiner Krankheit zu begleiten und eine realitätsnahe Auseinandersetzung mit dem soeben Geschehenen zu fördern.

Die zweite Phase ist meistens die Phase der Depression. Nachdem er nun realisiert hat, wie sein momentaner Zustand aussieht, reagiert der Hirnschlagpatient mit Trauer auf das Geschehene. Hier besprechen wir hauptsächlich die einzelnen Funktionen, deren Verlust der Patient betrauert. Wichtig ist hier vor allem, den unbewussten und vielleicht neurotischen Anteil an der Depression zu erkennen und zu deuten. - Trotz richtigen Deutungen kann diese depressive Phase sehr lange andauern. Da meistens der organische Faktor mehr oder weniger stark hineinspielt, kann diese depressive Phase hartnäckig und in einem gewissen Masse therapieresistent sein. Bei einer sehr langen, organisch mitbedingten Depression sollte deshalb ein Arzt zum Verabreichen eines Anti-Depressivums beigezogen werden.

Die letzte Phase ist die Phase des teilweise resp. vollständigen Akzeptierens. Dieser Schritt wird oft erst ein bis zwei Jahre nach Beginn der Therapie vollbracht. Während dieser langen Zeit des Durcharbeitens seiner physischen und psychischen Situation

lernt der Patient langsam, sich in seiner Behinderung zu akzeptieren. Er sieht, dass er gewisse körperliche Fortschritte gemacht hat, nimmt es hin, dass andere Körperfunktionen in ihrem reduzierten Zustand verbleiben werden und spürt, dass er als behinderter Mensch ein sinnvolles Leben vor sich hat. Es kommt dann die Zeit, wo er sich vom Krankenhaus und den verschiedenen Therapeuten, also auch vom Psychotherapeuten, trennen muss. Dieser Abschied fällt nicht leicht, weil sich der Hirnschlagpatient daran gewöhnt hat, - manchmal sogar von zu Hause als 'ambulanter Patient' -, mehrmals in der Woche seine Therapeuten aufzusuchen. Dadurch entsteht oft eine Art Abhängigkeit, die es rechtzeitig zu erkennen gilt. Es ist deshalb wichtig, in dieser letzten Phase nochmals die ausserhalb des Krankenhauses mögliche Resozialisierung in den verschiedenen sozialen Bereichen zu fördern, um dem Hirnschlagpatienten eine adäquate Ablösung von seinen vorübergehenden Bezugspersonen zu ermöglichen.

c. Die Gruppe für Angehörige von Hirnschlagpatienten

Entstehung und Form der Gruppe

Die Entstehung

In den Einzelgesprächen mit Hirnschlagpatienten konnte ich feststellen, dass diese Krankheit nicht nur ihre psychischen Probleme für den Patienten selbst mit sich bringt, sondern dass sie mindestens so sehr den Partner des Patienten betrifft. Es gibt kaum eine körperliche Krankheit, welche in diesem umfassenden Masse einen Partner in die Auseinandersetzung mit der Krankheit miteinbezieht. Der Partner wird schon aus Gründen der Pflegebedürftigkeit unmittelbar mit der Krankheit des Patienten konfrontiert. Doch nicht nur die körperliche Behinderung, auch die seelischen Begleiterscheinungen des Hirnschlags wirken sich auf die Partnerschaft aus. - Die Erkrankung des Patienten bringt somit verschiedenartige, zum Teil schwerwiegende Probleme für die Angehörigen mit sich. - Im Gespräch mit den Hirnschlagpatienten fiel mir aber noch etwas auf: in einigen Fällen erwies sich der Partner des Patienten als Hemmfaktor auf dem Wege zu einer gesunden Akzeptation der Krankheit. Oft war es der Partner, welcher die Symptome der Hirnschlagenerkrankung abgelehnt hat, während sie der Patient für sich selbst hätte akzeptieren können.

Aus diesen zwei Erfahrungen heraus erschien es mir notwendig, den Partner des Patienten in den psychologischen Rehabilitationsprozess des Hirnschlagpatienten direkt miteinzubeziehen. Dies einerseits, damit nicht nur dem Patienten, sondern auch dem oft überforderten Angehörigen geholfen wird, andererseits mit dem Ziel, dass am Ende die Arbeit mit dem Partner wieder dem Patienten zugute kommt.

Die Gruppe und ihre Form

Der Grund, weshalb ich diese Arbeit in Form einer Gruppe durch-

führen wollte, ist zum einen ökonomisch, zum anderen psychologisch bedingt. Da ich meine Arbeitszeit im Krankenhaus hauptsächlich den Patienten selbst zur Verfügung stellen möchte, bleibt mir für die Arbeit mit den Angehörigen der Patienten relativ wenig zeitlicher Spielraum. Aus ökonomischen Gründen empfahl es sich deshalb, für die Arbeit mit den Angehörigen die Form der Gruppe zu wählen. Vom Psychologischen her gesehen war eine Gruppenarbeit indiziert, weil die Gruppe dem einzelnen Angehörigen die Möglichkeit gibt, Vergleiche anstellen zu können, so dass das einzelne individuelle Schicksal relativiert wird. Ausserdem bestand die Absicht, dass durch die Arbeit in einer Gruppe die einzelnen Angehörigen sich selbst gegenseitig helfen könnten.

Bis jetzt habe ich zwei solcher Gruppen geleitet, wobei in der einen Gruppe eine auf das Gebiet der Hirnerkrankungen spezialisierte Ergotherapeutin als Co-Therapeutin fungierte. In jener Gruppe, welche von der Ergotherapeutin mitgeleitet wurde, kamen mehr ergotherapeutisch orientierte Probleme zur Sprache als in der Gruppe, welche ich alleine geleitet habe.

Die Gruppensitzungen fanden in 14-täglichem Rhythmus statt, wobei eine Sitzung ungefähr achzig Minuten lang dauerte.

Die Mitgliederzahl variierte zwischen acht und zehn Mitgliedern. Da die Mitglieder in ihrem Tagesprogramm stark von der Krankheit des Patienten in Anspruch genommen waren, (wobei einige Mitglieder arbeitstätig waren), war kein regelmässiges Erscheinen garantiert. Es gab Sitzungen, an denen nur drei Mitglieder teilgenommen haben.

Die meisten Mitglieder waren mit dem jeweiligen Patienten verheiratet. In zwei Fällen kamen die Töchter von Patienten in die Gruppe.

Bei etwa drei Vierteln der Mitglieder war der Patient wieder zu Hause, während ungefähr bei einem Viertel der kranke Partner noch im Krankenhaus weilte.

Die Tatsache, dass der Anteil weiblicher Mitglieder viel grösser war als der Anteil männlicher Mitglieder, hat mehrere Gründe.

Zum ersten werden erwiesenermassen mehr Männer von der Hirnschlag-erkrankung betroffen, sodass es schon statistisch erklärbar ist, weshalb mehr Ehegattinnen als Ehegatten in die Gruppe kamen. Zum zweiten waren die meisten weiblichen Mitglieder nicht berufstätig, so dass sie sich eher für die Dauer einer Sitzung freihalten konnten. Zum dritten scheint es mir, dass Frauen von Hirnschlagpatienten einer solchen Gruppe mehr Motivation entgegenbringen als Männer von Hirnschlagpatientinnen. Ehegatten von Hirnschlagpatientinnen, die ich aufgefordert hatte, der Gruppe beizutreten, gaben sich oft skeptisch bezüglich des Erfolgs eines solchen Gesprächs, bei Einzelnen war eine gewisse Scheu ausschlaggebend.

Beide Gruppen haben ein knappes Jahr lang gedauert. Diese Dauer (von Ende Sommer bis zum nächsten Sommerferienbeginn) hat sich bewährt.

Die Themenkreise

Probleme des Alltags

Die Frage, wie der Einzelne zusammen mit dem Hirnschlagpatienten den Alltag gestaltet, hat die Gruppe stark beschäftigt. Die Mitglieder gaben sich dabei gegenseitig Ratschläge, sie wiesen darauf hin, wie man den Patienten sinnvoll beschäftigen kann, wie man sich selbst die Betreuung erleichtern kann und welche Organisationen praktische Hilfe leisten können. Hier kamen auch Haushaltserleichterungen, Transportprobleme und Ferienpläne zur Sprache. Den männlichen Mitgliedern wurden von den weiblichen Mitgliedern Ratschläge für ein weniger aufwendiges Kochen und Putzen gegeben. - Zu den Problemen des Alltags gehört auch die Auseinandersetzung mit finanziellen Fragen. Hier zeigte sich, dass vor allem die Ehefrauen von Patienten mit Schwierigkeiten konfrontiert wurden, die sie bis anhin nicht kannten. Manche mussten in einem fortgeschrittenen Alter zum ersten Mal eine Arbeit aufnehmen. Hier machten sich Mitglieder gegenseitig auf Rentenmöglichkeiten, auf mögliche Anträge an Versicherungen und Krankenkassen aufmerksam.

Beziehungsprobleme

Oft konzentrierte sich das Gespräch auf Probleme innerhalb der Beziehung zu einem kranken Menschen. Hier kam die etwas egoistische Art mancher Hirnschlagpatienten zur Sprache. Einige Mitglieder beklagten sich über die Annahme ihres Partners, ein voller pflegerischer und fürsorglicher Einsatz sei selbstverständlich. Es wurde die Tatsache besprochen, dass manche Hirnschlagpatienten ein Mass an Aufopferung verlangen, welches die Kräfte des Partners übersteigt. Daraus entstand die Diskussion, wie der Patient zu mehr Mithilfe erzogen werden kann. - Eine weitere Schwierigkeit für die Beziehung wurde immer wieder besprochen: die emotionalen Schwankungen des Patienten. Hier wurde die Erfahrung ausgetauscht, dass die Patienten von einem Moment auf den anderen ihre Stimmung wechseln können. Diese Labilität scheint eines der schwierigsten Symptome für den Angehörigen zu bilden. Die Mitglieder waren sich einig, dass gewisse aggressive Gefühlsausbrüche der Patienten am besten ignoriert werden, da sich der Patient auf diese Weise sehr schnell wieder beruhigt. Die eine Gruppe hatte die Erkenntnis erarbeitet, dass die aggressiven Ausbrüche oft eine Unzufriedenheit manifestierten, welche der Patient eigentlich gegen sich selbst und gegen seinen Zustand verspürt. Diese Betrachtungsweise erleichterte es manchen Mitgliedern, die Aggressivität des Partners zu tolerieren. - Als ein weiterer Grund für Streitigkeiten innerhalb der Beziehung wurde die gegenseitige Abhängigkeit von Patient und Ehepartner genannt. Bezüglich dieses Problems war die Erkenntnis wichtig, dass diese gegenseitige Abhängigkeit eine notwendige Tatsache ist, dass aber für beide Partner eine adäquate Einstellung zu dieser Abhängigkeit gefunden werden muss. Hier wurde als eine mögliche Lösung die Erziehung des Patienten zu Selbständigkeit und der Versuch des Angehörigen, von Zeit zu Zeit ganz alleine und nur für sich selbst etwas zu unternehmen, herausgearbeitet. - Für manche Gruppenmitglieder war es erleichternd zu hören, dass andere Hirnschlagpatienten auch sehr eifersüchtig reagieren. Wir deuteten diese eifersüchtige

Haltung des Patienten als einen weiteren Ausdruck seines Gefühls des Abhängigseins vom Partner und als eine realistische Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten eines gesunden Partners im Vergleich zu denen eines kranken Partners. - Hier wurden auch sexuelle Probleme diskutiert, wobei jene Mitglieder, deren Partner über keine sexuelle Aktivität mehr verfügen, von der manchmal diesbezüglich auftretenden Frustration sprechen konnten.

Spezifische Partnerschaftsprobleme konnten jene Mitglieder behandeln, deren Partner Sprachstörungen hatten. Hier wurde die Schwierigkeit, sich mit dem eigenen Partner unterhalten zu können, behandelt. Mehrere solcher Mitglieder haben die Erfahrung gemacht, dass der Patient auf der Strasse ausgelacht wurde, weil er nicht sprechen konnte. Die Minderwertigkeitsgefühle, welche solche Situationen beim Patienten hervorrufen, können nur schwer wieder rückgängig gemacht werden. Hier haben sich die Partner von Apathikern gegenseitig bestärkt, mit dem Patienten trotz seines Widerstandes oft aus dem Hause, in ein Restaurant oder in ein Kino zu gehen. - Auch Beziehungsprobleme, welche schon vor Ausbruch der Krankheit vorhanden waren, wurden in der Gruppe besprochen. Es wurde dabei herausgefunden, dass sich prämorbid Eheprobleme durch die Krankheit verstärkt hatten.

Probleme im weiteren sozialen Rahmen

Hier wurden vor allem familiäre Probleme besprochen. Ein paar wenige Mitglieder hatten noch Kinder im Schulalter. Diese hatten besondere Schwierigkeiten, die Krankheit eines Elternteils zu akzeptieren. Bei sehr explosiven Patienten entwickelten die Kinder mit der Zeit ein etwas ängstliches Verhalten. Der manchmal durch die Erkrankung des einen Elternteils erfolgte Wechsel der Autoritätsperson scheint eine spezifische Verunsicherung der Kinder mit sich gebracht zu haben. - Mitglieder, welche erwachsene Kinder hatte, beklagten sich oft über die mangelnde Hilfe ihrer Kinder. - Die Mitglieder versuchten auch, ihre gemeinsame Beobachtung, dass sich der Freundes- und Bekanntenkreis seit dem Hirnschlag des

Partners zurückgezogen hat, zu verarbeiten. Die Annahme, dass die Freunde den Anblick des Behinderten nicht ertragen würden, wurde als eine Ausrede empfunden. - Den Verlust der Berufstätigkeit des Patienten sahen die Gruppenmitglieder als eines der grössten sozialen Probleme an. Es wurde nach Möglichkeiten gesucht, um den Mangel an sozialem Kontakt kompensieren zu können.

Persönliche Probleme der Angehörigen

Während einer bestimmten Sitzung, in welcher lange von den Problemen eines Hirnschlagpatienten die Rede war, wurde von einem Mitglied folgende Frage eingeworfen: "Und wir? Wohin gehen wir eigentlich mit unseren Tränen?" Es folgte eine mehrere Sitzungen andauernde Diskussion, die sich mit der zeitweiligen Ueberforderung der Mitglieder und dem gleichzeitigen Versuch, die Ueberforderung vor dem Patienten zu verbergen, gesprochen wurde. Es zeigte sich hier, dass die Gruppensitzung ein solcher Ort war, wo "eigene Tränen" geweint werden konnten. - Die Mitglieder waren sich bei allem 'Selbstmitleid' bewusst, dass ihr Einsatz gegenüber dem kranken Partner notwendig ist, und dass man, wäre einem selbst diese Krankheit widerfahren, vom Partner einen ebenso grossen Einsatz erwartet hätte. - Manche Mitglieder aber wurden kritisiert: die Gruppe machte sie auf ein allzu grosses Pflichtgefühl gegenüber dem Patienten aufmerksam und postulierte mehr Distanz. - Die eigenen Ängste der Gruppenmitglieder wurden oft besprochen. Es tauchten Ängste auf, ob sich der Gesundheitszustand des Patienten je bessern würde, ob der Patient in diesem Moment nicht zu Hause am Boden liegt und ob er wohl an dieser Krankheit sterben werde. Als eine Dame nicht mehr in der Gruppe erschien, weil ihr Ehemann gestorben war, wurde hingegen nur am Rande darüber gesprochen. Die damit im Zusammenhang stehenden eigenen Befürchtungen scheinen allzu gross gewesen zu sein. - Massive Ängste formulierten jene Mitglieder, deren Partner mit Selbstmord drohten. Hier galt es auch, diesen Mitgliedern konkrete Massnahmen für den Fall einer ernsthaften Drohung aufzuzeigen.

Manchmal kristallisierten sich ganz persönliche, von der Krankheit des Hirnschlagpatienten unabhängige Probleme heraus. Manche beklagten sich über ihren 'nervösen Charakter', welcher den heutigen Zustand verschlimmere. Es gab auch Mitglieder, welche das Bedürfnis hatten, über Schwierigkeiten in ihrer Jugendzeit zu erzählen. Durch solche persönlichen Darstellungen kam eine intimere Atmosphäre innerhalb der Gruppe zustande.

Die Dynamik

Es gab keine äusseren Regeln für den Ablauf einer Gruppensitzung. Im Sinne Richters (1972) durfte jederzeit jedes Mitglied das äussern, was ihm gerade als wichtig erschien. - Der Vorteil dabei war, dass man in assoziativer Weise solchen Problemen begegnen konnte, welche die Mitglieder wirklich beschäftigen. Einen Nachteil bedeutete diese Form für jene Mitglieder, welche Schwierigkeiten hatten, sich zu äussern.

Auffällig war, dass die Gruppenmitglieder nur selten längere Zeit auf die Problematik eines Einzelnen eingingen. Den Grund dafür sah ich darin, dass viele Gruppenmitglieder durch die momentane Situation ihres Angehörigen so stark in Anspruch genommen waren, dass sie eigentlich nur ihr eigenes Problem sehen konnten. Ein weiterer Grund dafür, dass auf die Problematik des Einzelnen wenig eingegangen wurde, ist eine Scheu vor 'intimeren' Gesprächen. Manchmal spürte man, dass nun eigentlich der wichtigste Aspekt, nämlich die ganz persönliche Problematik des Angehörigen, zur Sprache kommen sollte, dass aber gerade in diesem Augenblick das Thema gewechselt wurde.

Trotz dieses zeitweiligen Ausweichens und der Mühe, auf den anderen richtig einzugehen, wurde in den verschiedenen Gruppensitzungen die Problematik dieser Menschen relativ genau angegangen. Für manche Mitglieder war es schon hilfreich, dass sie unter ihresgleichen eine aktuelle Episode, welche sie stark beschäftigt hat, erzählen

konnten. Die Tatsache, dass ein paar Menschen diese Situation verstehen, weil sie diese selbst in gleicher oder ähnlicher Weise schon erfahren hatten, wirkte hier schon therapeutisch.

Es gab Sitzungen, in denen ein Mitglied geweint hat. Dieses Weinen hat dann meistens für das einzelne Mitglied und für die Gruppe erleichternd gewirkt.

Manchmal wurde einem Mitglied auch direkt geholfen, indem ein anderes Mitglied einen konkreten Vorschlag machte ("Sie sollten dringend in die Erholung fahren!", "Sie müssen ihren Mann ein paar Stunden am Tag alleine lassen, damit Sie einmal etwas anderes erleben können. Nur so sind Sie dann wieder eine ausgeglichene Hilfe für Ihren Mann!") - Solche Ratschläge wurden dann meistens von der ganzen Gruppe unterstützt und ergänzt.

Nur selten entstanden Aggressionen zwischen den einzelnen Mitgliedern. In der ersten Gruppe gab es einmal eine heftige Auseinandersetzung: Während einer Sitzung beklagt sich eine Frau über die persönliche Belastung, welche die Krankheit ihres Mannes für sie bedeute. Ein anderes weibliches Mitglied antwortete darauf in scharfem Ton, die Klage sei unberechtigt, da eine Frau doch immer für ihren Mann da sein müsse. In der darauffolgenden Sitzung entstand eine heftige Diskussion. Einige Gruppenmitglieder beschwerten sich darüber, dass das klagende Mitglied als eine schlechte Ehefrau dargestellt wurde. Es kam dann zu einer recht grossen Auseinandersetzung, welche mit einer differenzierten Betrachtung des Problems der Belastung eines Angehörigen endete.

Meine eigene Funktion als Gruppenleiter sah ich in einer 'zurückhaltenden Führung'. So war ich bestrebt, auf eine Intervention eines Mitgliedes die Gruppe selbst antworten zu lassen, wodurch ich die Selbsthilfe fördern wollte. Dies zu erreichen war nicht immer einfach, da ich als Experte betrachtet wurde und deshalb oft mit einem fragenden Blick angeschaut wurde.

Manchmal griff ich direkt in das Geschehen ein, wenn ein Mitglied durch seine intensiven Berichte die anderen Mitglieder zu überfordern schien. Ich versuchte dann, das eine Mitglied für einen Moment in seinen Schilderungen aufzuhalten und fragte die restlichen Mitglieder nach ihren momentanen Gefühlen.

Spürte ich, dass die Gruppe zu wenig auf das vorgetragene Problem eines Mitgliedes eingegangen war, so äusserte ich diese Beobachtung. - Auch dann, wenn ein gewisser Widerstand gegenüber einem tangierten Thema aufkam, versuchte ich, diesen aufzuzeigen.

Manchmal sah ich mich gezwungen, eine fachbezogene Berichtigung anzustellen, was bei einer so vielschichtigen Krankheit, wie sie der Hirnschlag darstellt, notwendig ist.

Noch eine andere sehr direktive Aufgabe kam mir jeweils gegen Ende der Sitzung zu: Nach etwa achzig Minuten musste ich die meist in der zweiten Hälfte erst richtig in Fahrt geratene Diskussion abbrechen. Die Mitglieder liessen sich aber durch meine Intervention selten stören und diskutierten noch im Lift untereinander weiter.

Auswirkungen

Beide Gruppen haben die gemeinsame Gruppenarbeit ausgewertet. Demnach haben die einzelnen Mitglieder in den folgenden drei Punkten von der Gruppenarbeit profitiert:

Erstens empfanden es die Mitglieder als sehr wertvoll, mit Menschen, welche durch das ähnliche oder gar das gleiche psychische Problem belastet sind, zu sprechen. Zweitens zeigten sich die Mitglieder befriedigt über die hilfreichen Ratschläge, welche sie von anderen Mitgliedern oder den Therapeuten erhalten hatten. Drittens äusserten mehrere Mitglieder den Eindruck, ihre Einstellung und ihr Verhalten gegenüber dem kranken Partner habe sich durch die Gruppenarbeit positiv verändert.

Interessanterweise erwähnten noch einige Mitglieder einen für Aussenstehende eher merkwürdig anmutenden Aspekt als konstruktive Auswirkung der Gruppenarbeit: sie empfanden es als wohltuend, in den Sitzungen von Patienten gehört zu haben, welche noch schwerwiegen-

dere Symptome aufwiesen als ihr eigener Partner. Dies bedeutete für sie einen Trost.

Für mich selbst wurde in beiden Gruppen mein eigenes Ziel erreicht: Angehörige von Hirnschlagpatienten konnten sich unter ihresgleichen mit der psychischen Situation, welche als Folge der Krankheit des Partners entstanden ist, auseinandersetzen. Ich glaube, dass auf diese Weise auch den Hirnschlagpatienten selbst geholfen wurde, indem sich der Partner gegenüber dem Patienten freier verhalten konnte.

LITERATURVERZEICHNIS

- Barker, R.G. : Adjustment to Physical Handicap and Illness.
New-York 1953
- Boss, M. : Grundriss der Medizin und der Psychologie.
Hans Huber Verlag, Bern 1975
- Buber, M. : Ich und Du.
Verlag Lambert Schneider, Heidelberg 1974
- Dorndorf, W. : Schlaganfälle - Klinik und Therapie.
Thieme Verlag, Stuttgart 1975
- Feldmann, H. : Aspekte des Krankheitsverhaltens alter Menschen.
In: Aktuelle Gerontologie, 1976, 8
- Freud, S. : Gesammelte Werke.
S. Fischer Verlag, Frankfurt a. Main 1961
- Gainotti, G. : Emotional Behavior and Hemispheric Side of
Lesion.
In: Cortex, 1972 8
- Gardner, H. : The shattered Mind.
A. Knopf Ltd., New-York 1975
- Gillingham, F.J. : Stroke.
Proceedings of the ninth Pfizer International
Symposium. Churchill Livingstone, London 1976
- Greenson, R. : Technik und Praxis der Psychoanalyse.
Ernst Klett Verlag, Stuttgart 1975

- Guttmann, G. : Einführung in die Neuropsychologie.
Verlag Hans Huber, Bern 1973
- Hagmeier, E. : Die Rehabilitation Körperbehinderter als
psychologisches Problem.
Verlag A. Hain, Meisenheim 1955
- Hochheim, K. : Rehabilitation.
Thieme Verlag, Stuttgart 1975
- Kohenof, M. : Konzept eines Neurotrainings.
Vortrag, gehalten am 8.12.1977 in Bad Ragaz
- Kohut, H. : Narzissmus.
Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. Main 1975
- Meerwein, F. : Das ärztliche Gespräch.
Hans Huber Verlag, Bern 1974
- Moody, R. : Das Leben nach dem Tod.
Rowolth Verlag, Reinbeck, 1978
- Nitsch, S. : Theoretische Ueberlegungen zum Problem der
psychologischen Rehabilitation Behinderter.
in: Rehabilitation, 1971, 10
- Parkes, C.M. : Psychosocial Transitions: a field for study.
In: Social Science and medicine, 1971 5
- Perret, E. : Gehirn und Verhalten.
Hans Huber Verlag, Bern 1973
- Plessner, H. : Die Frage nach der Conditio humana.
Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. Main 1976

- Richter, H.E. : Die Gruppe.
Rowolth Verlag, Reinbeck, 1972
- Sandler, J. : Die Grundbegriffe der Psychoanalytischen
Therapie.
Ernst Klett Verlag, Stuttgart 1973
- Schlösser, E. : Uebung geistiger Grundfunktionen mit audio-
visuellen Methoden bei Hirngeschädigten.
Eigendruck, Gailingen 1975
- Schulte W. &
Tölle R. : Psychiatrie.
Springer Verlag, Berlin 1977
- Steinmann, B. : Die Situation des alten Menschen im Kranken-
haus.
In: Aktuelle Gerontologie, 1976 6
- Stollreiter, L. : Psychosomatische Probleme bei Querschnitt-
gelähmten.
In: Psyche, 1951 5
- Von Uslar, D. : Psychologie und Welt.
Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 1972
- Wechsler, D. : Die Messung der Intelligenz Erwachsener.
Hans Huber Verlag, Bern 1964

LEBENS LAUF

Ich wurde am 20.11.1950 in Basel geboren. Dort besuchte ich die Primarschule und das Realgymnasium. 1970 bestand ich die Maturität (Typ B).

Nach einem einjährigen Auslandsaufenthalt begann ich im Herbst 1971 das Psychologiestudium an der Universität Zürich. Parallel dazu studierte ich am Institut für Angewandte Psychologie, Zürich, wo ich 1975 das Diplom erlangte. - Im Mai 1977 bestand ich die Lizentiatsprüfung an der Universität Zürich (Hauptfächer: Anthropologische Psychologie, Angewandte Psychologie; Nebenfächer: Psychopathologie, Sozialpsychologie).

Seit Juni 1977 arbeite ich an der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation am Stadtspital Triemli, Zürich, als klinischer Psychologe. Daneben arbeite ich noch an der Psychologischen Krisenberatungsstelle des Instituts für Angewandte Psychologie mit.

Im Juli 1979 promovierte ich mit dieser Arbeit an der Universität Zürich.

